

**ARMENES DE JESUS RAMOS JUNIOR**

**COMITÊ DE INVESTIGAÇÃO DE ÓBITOS E AMPUTAÇÕES  
RELACIONADOS AO TRABALHO DO ESTADO DO PARANÁ:  
UMA EXPERIÊNCIA COLETIVA DE PRODUÇÃO DE  
CONHECIMENTO E ESTRUTURAÇÃO DE POLÍTICA DE SAÚDE DO  
TRABALHADOR.**

**CURITIBA**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ**

**2001**

**ARMENES DE JESUS RAMOS JUNIOR**

**COMITÊ DE INVESTIGAÇÃO DE ÓBITOS E AMPUTAÇÕES  
RELACIONADOS AO TRABALHO DO ESTADO DO PARANÁ:  
UMA EXPERIÊNCIA COLETIVA DE PRODUÇÃO DE  
CONHECIMENTO E ESTRUTURAÇÃO DE POLÍTICA DE SAÚDE DO  
TRABALHADOR.**

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção  
do grau de Mestre. Curso de Pós-Graduação em Educação,  
Setor de Educação da Universidade Federal do Paraná.  
Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>a</sup> Lígia Regina Klein

**CURITIBA**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ**

**2001**

**Banca Examinadora da Dissertação de Mestrado**

Orientadora: Profa. Dra. Lígia Regina Klein

Membros:

- 1- Profa. Dra. Lígia Regina Klein \_\_\_\_\_
- 2- Prof. Dr. Claus Magno Germer \_\_\_\_\_
- 3- Prof. Dr. Francisco Antônio de Castro Lacaz \_\_\_\_\_
- 4- Profa. Dra. Maria de Fátima Quintal \_\_\_\_\_
- 5- Profa. Dra. Maria Lurdes Gisi \_\_\_\_\_

Programa de pós-graduação em Educação, curso de Mestrado em Educação, área temática Educação e Trabalho, linha de pesquisa: Organização e Gestão dos Processos de Formação Humana, Setor de Educação da Universidade Federal do Paraná.

Data: \_\_\_\_\_

Dedico este trabalho à minha companheira June,  
ao nosso filho João Pedro, aos meus pais e  
sobrinhos Lucas, Juliano, Marcela, Bárbara, Bernardo e  
Bianka.

Agradeço:

Primeiramente à Profa. Dra. Ligia Klein que entrou como orientadora nesta empreitada, papel que cumpriu com rigor e dedicação, e saiu como amiga e companheira de outras searas.

À minha companheira June Rezende, que esteve presente às discussões e elaborações mais importantes da dissertação e que, junto comigo, percorreu os sete primeiros meses de vida de nosso filho, que coincidiram com os sete últimos meses dedicados a elaboração deste texto.

Ao meu amigo Guilherme Albuquerque, pelas sugestões e apoios que me ajudaram a discernir o horizonte da pesquisa em tela, assim como em outras caminhadas que temos feito juntos.

Ao Prof. Dr. Claus Magno Germer, com quem venho aprendendo marxismo há vários anos e que muito me honrou ao participar da banca e propor uma parceria em pesquisas no campo da saúde e trabalho.

Ao Prof. Dr. Francisco Antonio de Castro Lacaz, que de pronto concordou em me ajudar neste trabalho e fez sugestões e reflexões fundamentais, bem como se dedicou generosamente.

À Profa. Dra. Fátima Quintal, que me ajudou a definir o objeto de pesquisa e seus contornos iniciais.

Aos meus companheiros militantes da Saúde do Trabalhador e do Comitê, Marcos Pereira, Jaime Ferreira, Erni Stein, João Job, Rosana Brittes, Nanci Pinto, Yumie Murakami, Jociene Pimentel, Fátima Handar, José Luis Pinto, representando os demais que têm construído este campo de atuação em defesa da saúde dos trabalhadores no Paraná.

A meus pais, Armenes e Cida, e à minha sogra, Maria Luiza, que ajudaram a embalar o João Pedro, neto deles, para que o pai pudesse estudar.

### Resumo

Este trabalho consiste em um estudo histórico e análise crítica da criação e consolidação do Comitê de Investigação de Óbitos e Amputações Relacionados ao Trabalho do Estado do Paraná, enquanto experiência que, ao longo de 4 anos, busca promover, na relação com o Estado, uma atuação que conduza ao enfrentamento das contradições entre trabalho e capital, constituindo-se na espinha dorsal da política de Saúde do Trabalhador no SUS do Paraná. O Comitê é uma instância técnica e política e, como tal, tem construído coletivamente conhecimentos para a atuação interinstitucional em Saúde do Trabalhador, atuando, portanto, pedagogicamente junto às instituições do Estado e do Movimento Sindical. Esta dissertação se fundamenta na teoria marxista, que desvenda a exploração do trabalho pelo capital como eixo constituinte do modo de produção capitalista. A dimensão qualitativa do trabalho, criadora de saúde para o trabalhador, se subsume à outra, quantitativa, geradora de lucro para o capital. Na nossa sociedade, a força de trabalho é tratada como mais uma mercadoria e é como tal que se dá o seu consumo/desgaste. Observa-se, ainda, que as mudanças ocorridas no mundo do trabalho, em função da concorrência intercapitalista, e do seu instrumento - o aumento da produtividade para a extração de mais valia relativa -, acarreta a intensificação do trabalho para uns e desemprego ou emprego precário para outros, com a conseqüente agudização dos problemas comuns sob o capitalismo. Por outro lado, o Estado tem, sob o capitalismo, o papel de garantir dois direitos iguais e contraditórios: a exploração do capital sobre o trabalho e a saúde e a vida dos trabalhadores. Assim, a melhoria das condições de saúde no trabalho está associada à correlação de forças entre as classes proprietária e proletária, em cada período histórico. Nesta oposição, a classe capitalista é favorecida pelas ações e omissões do Estado, o que exige, dos trabalhadores, uma ação vigorosa e o mais esclarecida possível, na defesa de seus interesses. Como expressão dessa correlação, duas referências teóricas disputam subsidiar a intervenção do Estado e do movimento sindical nas questões da saúde da mercadoria força de trabalho: a Saúde Ocupacional, com base positivista e a serviço do capital e a Saúde do Trabalhador, em formação, com base no materialismo histórico e a serviço dos trabalhadores. O Comitê se evidencia, portanto, como uma instância de explicitação das contradições e lutas sociais, bem como de produção de um saber proletário no campo da saúde do trabalhador.

Palavras-chave: Capital e Trabalho – Saúde do Trabalhador – Formação técnico-política.

## ABSTRACT

This thesis makes an historical and critical analysis of the creation and consolidation of the Committee for Investigating Work-related Amputations and Fatal Injuries at Parana state, Brazil. It explains how, through the past 4 years (97-2001), this Committee has been attempting to play, and bring the state to promote, a more active role facing the contradictions between Capital and Labor, thus constituting the main support to Workers's Health Policy, as part of Parana Public National Health System. The Committee is a technical as well as political instrument and has been able to build, as a group, a body of knowledge for a multiple institutional action related to Worker's Health, therefore having a pedagogical role before the State and the Labor Unions. This text has its grounds on the marxist theory, which demonstrates how capital exploits labor, as the main axis foundation of the capitalist mode of production. The qualitative dimension of working, that may provide health for the worker, is subsumed to the quantitative dimension, to assure profit to capital. In our society the Labor Force is a commodity and is consumed as such. It is also pointed out how the recent changes in the labor world, as a result of the working of capitalist competition, have enhanced the productivity of labor and hence the extraction of relative surplus-value bringing about the intensification of labor for some, and unemployment/poor employment for others, thus sharpening common problems of capitalism. On the other hand, the state has, under the capitalist system, to perform a contradictory task : to ensure both the right of capital to exploit labor, and the right of the workers to health and life. Thus, the improvement of health conditions at the workplaces depends on the balance of forces between the owning class and the proletariat, in each period of history. In this struggle, the owning class is usually favored by the actions and omissions of the state, demanding the working class to have a strong and well informed position, in order to defend its interests. Two different theories attempt to give grounds for the role of the state and of labor unions on these questions: the Occupational Health, of positivistic trend, which favors capital, and the Worker's Health, yet at an early stage, with a background in Marxism, on behalf of the working class. Therefore, in this "battle-ground", the Committee stands as a site where all the contradictions of social struggles come forward, and also makes possible a proletariat learning related to the area of Worker's Health.

Key-words: Capital and labor; Labor Health; Technical and Political Education.

## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>10</b>
<b>CAPÍTULO 1: CONSUMO DA MERCADORIA FORÇA DE TRABALHO NO CAPITALISMO: UMA LEITURA MARXISTA .....</b>	<b>12</b>
1.1 MERCADORIA E VALOR.....	12
1.2 A SAÚDE DA MERCADORIA FORÇA DE TRABALHO .....	16
1.3 QUESTIONÁRIO DE 1880.....	27
1.4 AGUDIZAÇÃO DA EXPLORAÇÃO DA MERCADORIA FORÇA DE TRABALHO E SEUS IMPACTOS NA SAÚDE DOS TRABALHADORES NOS DIAS DE HOJE .....	29
1.4.1 Aumento da produtividade e mudanças tecnológicas sob o capitalismo .....	30
1.4.2 O trabalho ameaçado .....	33
<b>CAPÍTULO 2: A SAÚDE DO TRABALHADOR.....</b>	<b>39</b>
2.1 ASPECTOS CONCEITUAIS .....	40
2.1.1 A Saúde Ocupacional.....	40
2.1.2 A Saúde do Trabalhador .....	44
2.2 HISTÓRIA DA LUTA PELA SAÚDE DOS TRABALHADORES NO BRASIL.....	51
2.3 A SITUAÇÃO ATUAL DA SAÚDE DO TRABALHADOR.....	58
2.3.1 Na época da automação.....	58
2.4 A SAÚDE DO TRABALHADOR NO ÂMBITO INSTITUCIONAL (DO ESTADO) NO BRASIL: .....	67
<b>CAPÍTULO 3: COMITÊ DE INVESTIGAÇÃO DE ÓBITOS E AMPUTAÇÕES RELACIONADOS AO TRABALHO DO ESTADO DO PARANÁ.....</b>	<b>72</b>
3.1 A SAÚDE DO TRABALHADOR NO PR: ASPECTOS HISTÓRICOS .....	72
3.1.1 O Controle Social em Saúde do Trabalhador no SUS-PR.....	74
3.2 COMITÊ DE INVESTIGAÇÃO DE ÓBITOS E AMPUTAÇÕES RELACIONADOS AO TRABALHO DO ESTADO DO PARANÁ.....	76
3.2.1 A construção no SUS .....	77
3.2.2 Estabelecendo relações e compromissos intersetoriais .....	79



3.3 METODOLOGIA DE TRABALHO DO COMITÊ: .....	82
3.3.1 <i>O Evento Sentinela como ferramenta da Vigilância à Saúde do Trabalhador</i> .....	83
3.3.2 <i>A Declaração de Óbito como fonte de notificação de acidente do trabalho</i> .....	86
3.4 RESULTADOS OBTIDOS DE 1998 A 2001 .....	88
3.4.1 <i>SUS</i> .....	90
3.4.2 <i>Outras instituições do Estado</i> .....	95
3.4.3 <i>Movimento Sindical e Popular</i> .....	97
3.5 COMITÊS EM OUTROS ESTADOS: RIO GRANDE DO SUL, BAHIA E SÃO PAULO.....	100
3.6 AVALIAÇÃO DOS AVANÇOS E DIFICULDADES DO COMITÊ.....	104
<b>CAPÍTULO 4: A EDUCAÇÃO TÉCNICA E POLÍTICA NO COMITÊ DE INVESTIGAÇÃO DE ÓBITOS E AMPUTAÇÕES RELACIONADOS AO TRABALHO DO PARANÁ.....</b>	<b>108</b>
4.1 SUS (SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE): 1997 E 1998.....	109
4.1.1 <i>SESA-PR: 1999 e 2000</i> .....	111
4.1.2 <i>SMS-Curitiba</i> .....	111
4.2 AS INVESTIGAÇÕES DOS EVENTOS SENTINELA .....	112
4.3 AS INSTITUIÇÕES NO COMITÊ.....	113
4.4 A RELAÇÃO EDUCATIVA COM OS TRABALHADORES .....	114
4.5 O PROCESSO EDUCATIVO DO COMITÊ.....	115
<b>CAPÍTULO 5 : CONCLUSÕES.....</b>	<b>116</b>
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	119
<b>ANEXOS .....</b>	<b>124</b>

## INTRODUÇÃO

Abordamos, neste estudo, uma experiência, a do Comitê de Investigação de Óbitos e Amputações Relacionados ao Trabalho, que busca fazer com que o Estado cumpra suas responsabilidades legais no sentido de investigar as causas de mortes e amputações causadas pelo trabalho, intervir nas empresas onde elas ocorreram, para evitar que novos eventos semelhantes aconteçam e atue no sentido de diminuir a ocorrência de acidentes graves nos ramos de atividade onde eles mais ocorrem.

Esta experiência, ocorrida no Estado do Paraná, a partir de 1997, logrou produzir conhecimento e assentar bases para uma política de Saúde do Trabalhador? Esta questão é o objeto da dissertação

Para desenvolver este estudo, procuramos identificar na exploração do trabalho no capitalismo os fundamentos do desgaste produzido na saúde e na vida dos trabalhadores. Para tanto recorreremos à Marx, que demonstrou com precisão que o trabalho é o sangue vivo necessário para fazer viver e funcionar o capital morto.

Entender a teoria do valor, que determina o duplo caráter do trabalho materializado nas mercadorias, foi o passo seguinte, para que pudéssemos verificar como se dá a reificação do trabalho, pelo capital, em uma mercadoria especial, capaz de gerar valor, e a imanência do desgaste do trabalho em relação ao modo de produção capitalista.

Discutimos, a partir dos estudos de vários pesquisadores, os efeitos das mudanças do mundo do trabalho, verificando o papel central exercido pela categoria “produtividade”, assim como as novas formas e neologismos que têm sido utilizados para esconder a velha exploração do trabalho.

Verificamos que, passados mais de 150 anos do início da Revolução Industrial, o modo capitalista de produção permanece o mesmo no essencial, isto é, a mais-valia é o instrumento do capital para extrair, pela exploração do trabalho, o lucro.

Analisando este cenário das determinações estruturais da intensificação da exploração do trabalho e de seus efeitos na saúde dos trabalhadores, procuramos identificar o papel que o

Estado brasileiro e, mais precisamente, o paranaense, tem cumprido no sentido de preservar a saúde e vida dos trabalhadores.

O Estado, apesar de ser o “comitê de negócios da burguesia”, e de ser subalterno a esta (enquanto poder econômico) tem a função de governar para todos e garantir a vida dos trabalhadores e o lucro dos patrões, ainda que isto seja contraditório e se agrave cada vez mais em função da queda tendencial da taxa de lucro.

Nesta dissertação procuramos discutir a concepção e a prática do Comitê de Investigação de Óbitos e Amputações Relacionados ao Trabalho do Estado do Paraná. Com vistas a identificar uma experiência de explicitação das contradições entre capital e trabalho e produção de conhecimento no campo da Saúde do Trabalhador.

Os capítulos deste texto estão estruturados da seguinte forma:

No Capítulo 1, discorremos sobre a questão da Saúde dos Trabalhadores em Marx, buscando compreender, a partir da identificação da centralidade do trabalho e do desvendamento da forma de exploração da força de trabalho (a extração da mais valia) os mecanismos que levam à subsunção do trabalho ao capital e ao consumo da mercadoria força de trabalho pelos capitalistas. Procuramos identificar, utilizando categorias marxianas, a intensificação da exploração e do desgaste da mercadoria força de trabalho causados pelos novos métodos de extração de mais-valia: de um lado, grande desenvolvimento tecnológico implicando em aumento da produtividade e neologismos vários para camuflar a exploração capitalista; de outro lado, mercado informal, precariedade e exploração semelhantes as do início da Revolução Industrial. Procuramos também verificar os efeitos desta exploração na situação da saúde dos trabalhadores no Brasil e no Paraná.

No Capítulo 2, tratamos dos conceitos de Saúde do Trabalhador e Saúde Ocupacional, que definem formas de atuação da fiscalização e da vigilância à ambientes de trabalho vigentes no Brasil. Buscamos também identificar as várias instituições do estado que atuam neste campo, suas práticas e horizontes.

No Capítulo 3, discutimos o Comitê de Investigação de Óbitos e Amputações Relacionados ao Trabalho do Paraná, passando pela história da Saúde do Trabalhador no Estado. Tratamos da origem, método de trabalho e resultados da atuação do Comitê. Destacamos a função central que o Comitê teve na estruturação de uma política de Saúde do Trabalhador no Estado.

No Capítulo 4, destacamos a importância da educação técnica e política, desenvolvida pelo Comitê e pelo SUS (Sistema Único de Saúde), no assentamento de bases para a atuação

do Comitê e na construção deste como um “intelectual coletivo” comprometido com a defesa da vida e saúde dos trabalhadores.

No Capítulo 5, são apresentadas as conclusões deste trabalho, discutindo a importância do Comitê na construção coletiva do conhecimento e na estruturação da política estadual de Saúde do Trabalhador do Paraná.

## **CAPÍTULO 1: CONSUMO DA MERCADORIA FORÇA DE TRABALHO NO CAPITALISMO: UMA LEITURA MARXISTA**

### **1.1 MERCADORIA E VALOR**

As fontes originais de toda riqueza são a terra e o trabalhador. No capitalismo industrial, o trabalhador tem uma função central: torna-se peça viva da grande máquina que é a indústria (MARX, 1988).

Na sociedade capitalista a mercadoria é a forma elementar desta riqueza e é ao mesmo tempo valor-de-uso e valor-de-troca, ou simplesmente valor. O valor-de-uso, como resultado do trabalho útil, é o conteúdo material, a utilidade, ou a qualidade que uma mercadoria tem, e que só se realiza no seu consumo. O valor-de-uso, como trabalho útil, é necessário à existência, qualquer que seja a sociedade. O valor expressa uma relação social e se define pela quantidade de trabalho humano que foi consumida na produção de uma mercadoria.

Se abstrairmos as qualidades específicas das mercadorias, restará a elas uma propriedade em comum: a de terem sido produzidas por trabalho humano. Se abstrairmos as múltiplas variações de trabalho humano, restará o trabalho humano abstrato, que é a substância do valor.

As mercadorias só existem, portanto, porque nelas está materializado trabalho humano abstrato. A forma de medir seu valor é medir o tempo de trabalho humano homogêneo, isto é, o tempo que, numa sociedade, se leva em média para executar uma tarefa.

O trabalho, na forma capitalista, também possui o duplo caráter verificado na mercadoria. Quando se expressa como valor tem características diversas de quando se expressa como valor-de-uso.

O trabalho é dispêndio de força humana e, nessa forma, é gerador de valor, mas também o trabalho é criador de um valor-de-uso, concreto e útil. A diversidade de valores-de-uso, a enorme variedade de mercadorias de uma sociedade, e as trocas realizadas por

produtores autônomos e independentes compõem um sistema complexo, a divisão social do trabalho.

A língua inglesa dá nomes diferentes para estas diferentes características do trabalho: “labour” é o trabalho que cria valor e só pode ser avaliado quantitativamente e “work” é o trabalho que gera valor-de-uso e se determina qualitativamente.

Constitui o fetichismo da mercadoria, descrito por Marx, o fato de ficar oculta a forma da determinação do valor, que é o tempo de trabalho. A aparência da mercadoria reveste de certa casualidade a determinação de seu valor, tornando um segredo a sua constituição.

Toda mercadoria é, portanto, encarnação do trabalho humano abstrato, e o dinheiro, equivalente universal, é a encarnação universal do trabalho humano abstrato.

Todo o dispêndio de capacidade física ou mental na produção de um valor-de-uso é entendido como trabalho abstrato. A força de trabalho humana funciona no capitalismo como uma mercadoria especial, pois é capaz de gerar, ao ser consumida, valor.

Sendo a força de trabalho uma mercadoria, seu valor é definido como se define o valor de qualquer mercadoria: o tempo de trabalho necessário a sua produção. Como ser vivo, o valor da força de trabalho é o valor da sua reprodução, dos meios de subsistência necessários à sua reprodução.

Engels, que realizou um amplo levantamento das condições de vida dos trabalhadores ingleses, em meados do século XIX, constatou que:

“O trabalhador é, de direito e de fato, o escravo da classe possuidora, da burguesia; sua escravidão é tal que chega ao ponto de ser vendido como mercadoria e de o seu preço subir e descer tal como o de uma mercadoria. Se a procura de trabalhadores aumenta, o seu preço sobe; se diminui, o seu preço baixa. Se baixa ao ponto de haver um certo número de trabalhadores que já não são vendáveis e ficam em estoque, eles são abandonados à própria sorte, e como não há ocupação que os faça viver, morrem de fome” ( ENGELS, 1988, p 97).

A história de um país, a forma do aparecimento da classe trabalhadora, determina quais são os meios de subsistência necessários. Eles variam, portanto, no tempo e entre as várias sociedades, mas são idênticos num determinado país num determinado período.

Este valor deve incluir os custos da aprendizagem que o trabalhador necessite para o desempenho de suas funções e eles serão tanto menores quanto menos especializada for a função. Deve incluir também os custos de reprodução da prole do trabalhador, de forma que, no mínimo, se reponha os trabalhadores que forem morrendo. O valor mínimo da força de

trabalho, em qualquer circunstância, é dado pelo custo diário das mercadorias necessárias para que o trabalhador possa continuar vivendo.

O trabalhador recebe pelo seu trabalho somente após um período (dia, semana, ou mês) de entrega da sua mercadoria, a força de trabalho. Portanto, o trabalhador adianta, empresta ao capitalista sua mercadoria, ou a si como mercadoria que é consumida antes de ser paga.

A força de trabalho só se realiza ao ser consumida, na forma de trabalho útil, concreto. O trabalhador modifica a natureza e a si próprio ao trabalhar, pois se consome juntamente com as outras partes componentes do processo de trabalho.

Compõem o processo de trabalho a própria atividade de trabalho, o objeto de trabalho e os meios de trabalho. O objeto de trabalho é tudo aquilo que o trabalho apenas separa da natureza, como as árvores, os peixes e os minérios. Matéria-prima é também objeto de trabalho, mas com o acréscimo de mais trabalho, como madeira preparada para a indústria do mobiliário, peixe limpo para os restaurantes e minério depois de lavado. O meio de trabalho é qualquer coisa que o trabalhador insira entre si e o objeto de trabalho, com o fito de produzir uma mercadoria. O homem tem sido ao longo dos tempos um “animal fazedor de instrumentos de trabalho” (*a toolmaking animal*) e estes instrumentos são fundamentais para avaliarmos o grau de desenvolvimento das sociedades. Os objetos e os meios de trabalho se transferem diretamente de uma fase inicial do capital, quando ainda não há o produto, a mercadoria, para o produto. São denominados, portanto, capital constante.

O trabalho consome os elementos constitutivos do processo de trabalho, incluindo a si próprio. A atividade humana é transformadora, com vistas a uma finalidade, do objeto de trabalho pelo meio de trabalho. O trabalho é produtivo, produz algo novo e o meio e objeto de trabalho são meios para a produção deste algo novo. O consumo realizado pelo trabalho é diferente do consumo individual, para a subsistência individual, este primeiro tem caráter produtivo.

O processo de trabalho é produtor de valores-de-uso e, por isso, é condição natural e eterna da existência humana, independentemente da formação social em questão. A natureza do processo de trabalho tem contornos bem específicos no capitalismo. O trabalhador trabalha sob controle do capitalista, que dirige a atividade em busca da otimização dos resultados. O produto do trabalho pertence ao capitalista.

Os objetos de trabalho transformados, assim como o custo do desgaste dos meios de trabalho se transferem diretamente para o novo produto, não criando valor-de-troca, a não ser pelo acréscimo de trabalho humano.

A força de trabalho é comprada como qualquer outra mercadoria e acrescida ao processo de trabalho como “fermento vivo” aos outros elementos, mortos, que o constituem. O processo, do ângulo do capitalista, é entre coisas que lhe pertencem.

O processo de produzir mais-valia é simples extensão do processo de produzir valor. Como qualquer outra mercadoria, o trabalho tem seu valor definido pelo tempo necessário à sua produção. Além deste tempo necessário, o trabalhador segue produzindo valor, mas agora produz mais-valor, mais valia, pois esta segunda parte da sua produção não servirá para si, mas para seu patrão, o capitalista. Esta parte é denominada, portanto, capital variável.

## 1.2 A SAÚDE DA MERCADORIA FORÇA DE TRABALHO

Karl Marx, dando continuidade à economia clássica e levando às últimas consequências as suas formulações, foi quem primeiro identificou o papel do trabalhador na formação do valor, definindo a mais-valia, o trabalho extra, realizado pelo trabalhador e apropriado pelo capitalista, como sendo o sangue vivo que alimenta o capital-vampiro.

O trabalhador, proletário, tem uma única forma de garantir a sua sobrevivência e a da sua prole: vender a sua força de trabalho ao capitalista. O capitalista “compra” a força de trabalho como compra qualquer outra mercadoria e também pretende utilizá-la como qualquer mercadoria.

Isto ocorre não por que os capitalistas tenham algum problema de caráter, ou sejam diabólicos, mas por incorporarem o capital, tornando-se mera manifestação desta lógica. A lógica do capital não visa a preservação ou reprodução da vida humana, mas sim o lucro que segue a alimentar cada capital individualmente e o sistema como um conjunto. Um capitalista que não visasse o lucro seria engolido pela concorrência e eliminado do mercado, seria, portanto, um não capitalista e não pode, logicamente, existir.

O trabalhador não é tratado, pelo capitalista, como um ser humano, mas como uma coisa, uma mercadoria que lhe serve no processo de trabalho como as outras (meios de produção e matérias-primas). A relação se dá entre o capital e as mãos (hands), como são denominadas pelo capital (ENGELS, 1988).

Ao vender seu tempo, sua vida, para o capitalista, o trabalhador tem de se sujeitar às tarefas definidas por aquele para garantir seu emprego. Estas tarefas, ou seja, a exploração do trabalho, são causadoras de “desgaste” dos trabalhadores, que, ao venderem seu tempo,



vendem a si próprios. O grau do desgaste que ocorre com os trabalhadores sob o capitalismo é definido historicamente de acordo com a correlação de forças entre a classe exploradora e a classe explorada.

Esta correlação de forças varia ao longo do tempo para uma dada sociedade, assim, por exemplo, os escravos eram propriedade integral dos seus donos e não tinham nenhum direito assegurado. Hoje os trabalhadores, como norma, têm direitos assegurados. Estes direitos não são iguais para todos os trabalhadores que vivem na mesma época e no mesmo país, dependem também da correlação de forças entre os segmentos das classes em que se inserem e do segmento capitalista correspondente.

O desgaste a que está submetido cada trabalhador depende, então, desta correlação de forças. Trabalhadores de menores salários tendem a ter piores condições de vida, saúde e uma morte mais precoce. Baixos salários estão associados a altos desgastes em qualquer parte do mundo.

A primeira forma de definir a magnitude da exploração e do desgaste do trabalhador é avaliar a duração da jornada de trabalho.

Para o capitalista extrair mais valor, mais valia, é preciso que o trabalhador trabalhe mais tempo do que o necessário à sua sobrevivência. Quanto tempo além deste mínimo necessário deve durar a jornada de trabalho tem sido motivo de embate entre a classe capitalista e a classe trabalhadora desde o advento do capitalismo.

Quando os donos dos meios de produção têm um interesse maior por trabalho excedente, a jornada de trabalho pode se tornar extenuante, como, por exemplo, nos Estados Unidos, quando a exportação de algodão se tornou vital para a sobrevivência da economia, o trabalho era prolongado de tal forma que os negros tinham sua vida consumida em sete anos (MARX, 1988).

A busca por melhores resultados em termos de produção é a grande propulsora das transformações nos processos de trabalho. Segundo Marx:

*“elevação da produtividade do trabalho em geral, [significa] uma modificação no processo de trabalho, por meio da qual se encurta o tempo de trabalho socialmente necessário para produção de uma mercadoria, conseguindo-se produzir com a mesma quantidade de trabalho, quantidade maior de valor-de-uso” ( MARX, 1988 p362).*

Na escravidão o senhor comprava o próprio trabalhador (o escravo) e sugava dele todas as forças, de forma que este definhava em poucos anos (5 a 10 anos de vida “útil”). Convinha mais, economicamente, ao senhor, fazer trabalhar o escravo até a morte e, então,

substituí-lo por outro escravo saudável, do que manter a saúde do primeiro. A mão-de-obra era mercadoria barata e fartamente disponível. A jornada de trabalho não tinha, para estes trabalhadores, qualquer limite legal.

No capitalismo a jornada de trabalho é composta de duas partes, a parte do trabalho necessário e a do trabalho excedente. O tempo necessário é aquele em que o trabalhador produz o suficiente para garantir a sua reprodução, que inclui os gastos com alimentação, moradia, saúde, educação, sustento dos filhos, etc. Este valor é determinado socialmente, pela média dos preços das necessidades do trabalhador. O tempo excedente é aquele que o trabalhador trabalha a mais do que o necessário para garantir a sua sobrevivência, é o tempo de que o patrão se apropria e que constitui o capital.

Marx chama de mais valia absoluta esta extensão do tempo de trabalho, aumentando o tempo excedente durante uma jornada e, por consequência, a mais-valia. Chama de mais-valia relativa àquela proveniente do aumento da produtividade do trabalho, sem que se altere o tamanho da jornada.

Para estabelecer os limites físicos da jornada diária de trabalho, é preciso subtrair às 24 horas do dia o tempo que o trabalhador necessita para dormir e satisfazer suas necessidades sociais, como ir à igreja, conviver com a família, os amigos, etc. Na primeira fase do capitalismo estas jornadas se estendiam até 18 horas por dia, o que mostra que o capitalismo coloca seus objetivos no centro da sociedade, em detrimento de todos os demais valores que fizeram sentido em outras épocas. Qualquer um que trabalhe tanto tempo tem sua vida solapada e se transforma num autômato a serviço do capital. Tal era o espírito dos primeiros tempos do capitalismo.

Como disse Marx :

*“o capital é trabalho morto que, como um vampiro se reanima sugando o trabalho vivo e quanto mais o suga, mais forte se torna. O tempo em que o trabalhador trabalha é o tempo em que o capitalista consome a força de trabalho que comprou...o capitalista apóia-se na lei da troca de mercadorias. Como qualquer outro comprador procura extrair o maior proveito possível do valor-de-uso de sua mercadoria.” (MARX, 1984 p 263 a 265)*

Ou, ainda, Cairnes: “A economia mais eficaz consiste em extrair do gado humano a maior quantidade possível de trabalho no menor tempo” (CAIRNES, apud MARX, 1984).

Com o advento da industrialização e do trabalho assalariado o trabalhador passou a não mais pertencer ao patrão, mas sim a vender a este o seu tempo de trabalho. Mas, “o capital-vampiro” necessita do “trabalho-sangue” para viver e se fortalecer. Tal é o fundamento do desgaste causado ao trabalhador pelo trabalho sob o capitalismo. No início da industrialização não havia limites legais à exploração que o capitalista podia exercer sobre o trabalhador.

Deste modo, vê-se que as explorações extremadas e as crueldades infligidas aos seres humanos não se restringem à épocas de escravidão:

*“o empenho em prolongar a jornada de trabalho, a voracidade por trabalho excedente, os abusos desmedidos daí decorrentes, que não foram ultrapassados pelas crueldades dos espanhóis contra os índios na América, levaram finalmente à imposição de restrições legais ao capital” (MARX, 1984, p275).*

O sofrimento e a privação que ocorreram então eram desconhecidos em outras partes do mundo civilizado. Crianças com três ou quatro anos de idade eram obrigadas a trabalhar de vinte a vinte e duas horas por dia, em troca do mínimo necessário à sua subsistência. Há registro de lutas para estabelecer jornada de trabalho de dezoito horas diárias. Crianças eram alimentadas embaixo das máquinas em funcionamento, para que não parassem o seu trabalho, em função do almoço e, assim, não parassem a máquina.

As crianças trabalhavam em oficinas pequenas e mal arejadas e, para manterem o corpo ereto, as meninas utilizavam um corpete de madeira, que, pela pouca idade, acabava por deformar-lhes a caixa torácica (ENGELS, 1988).

Os trabalhadores da indústria cerâmica eram mais raquíticos a cada geração. Degeneravam em peso e altura, tinham o tórax deformado e sofriam de doenças do peito, pneumonia, tísica, bronquite e asma (Dr Arledge, apud MARX, 1988).

A jornada excedente, relacionada à mais-valia absoluta, ou seja, a extração de mais valor do trabalho através do aumento do número absoluto de horas, foi o principal fator de exploração do trabalho e de desgaste da saúde dos trabalhadores no início da industrialização. O exemplo gritante da reunião pública convocada por uma comunidade para reduzir a jornada diária para 18 horas dá um bom parâmetro dos níveis de exploração de então e de qual foi a medida das lutas para alcançar os limites atuais de 44 horas semanais ( no Brasil de hoje).

Sob o capitalismo, os trabalhadores são equiparados ao instrumental que absorve os materiais acessórios no processo de produção. Não usam as máquinas para produzir

mercadorias, antes são usados pelas máquinas na produção, ou dizendo de outro modo, são gastos como o combustível da máquina.

Conforme Marx, Thomas Carlyle diz que a diferença entre o escravo e o trabalhador assalariado é que um é alugado para a vida toda e outro é alugado por mês. Em termos de extração de mais valia absoluta podemos dizer que este escravista, apesar de abjeto, ou, talvez por isso mesmo, põe a nu o capitalismo e sua forma de exploração “por mês”.

A extração de mais-valia relativa já aparece nesta primeira fase de industrialização. O trabalho do ferreiro é um exemplo: ele (o ferreiro) é obrigado a ter uma maior produtividade e, assim, a “gastar” mais rapidamente a sua única propriedade, a sua Força de Trabalho, a sua vida.

A manufatura foi a forma característica da produção capitalista no período chamado manufatureiro, que vai do século XVI ao último terço do século XVIII. Sua origem foi o artesanato e seu desenvolvimento ocorreu de duas maneiras. Por um lado, passa a combinar ofícios independentes, que vão ficando cada vez mais especializados e, finalmente, tornam-se operações parciais na produção de uma mercadoria. Por outro lado, aparece na cooperação de artífices de um ofício, que passam a decompor as tarefas e a especializar-se nelas, de forma que cada um perde a função de realizar a totalidade das tarefas, que passam a ser realizadas pelo coletivo.

Os trabalhadores se tornam, desta maneira, órgãos do mecanismo de produção. São trabalhadores parciais, limitados, unilaterais, que reprimem um mundo de instintos e capacidades produtivas. O indivíduo é mutilado e transformado numa parte, num aparelho automático de um trabalho parcial.

Ao se especializarem, diminuem o uso de sua potencialidade humana, mas, paradoxalmente, aumentam a produtividade do trabalho conjunto, em relação ao trabalho antes feito individualmente.

A manufatura possui, já, caráter capitalista, pois assenta as bases deste modo de produção nascente. O desenvolvimento de habilidades parciais, do trabalhador parcial, se dá às custas da repressão de outras habilidades (intelectuais, sociais e guerreiras). A divisão do trabalho na manufatura fornece o material e o impulso para a patologia industrial.

A divisão do trabalho ferreteia o trabalhador com a marca de seu proprietário, o capital, pois o trabalho que antes era vendido, por faltarem ao trabalhador os meios de produzir mercadoria, foi substituído por outro que não existe independente do capital, e que, portanto, necessita deste para se realizar.

Adam Smith diz, sobre o trabalhador parcial que:

*“a uniformidade de sua vida estacionária corrompe naturalmente seu ânimo... Destrói mesmo a energia de seu corpo e torna-o incapaz de empregar suas forças com vigor e perseverança em qualquer outra tarefa que não seja aquela para que foi adestrado. Assim, sua habilidade em seu ofício particular parece adquirida com o sacrifício de suas virtudes intelectuais, sociais e guerreiras. E em toda sociedade desenvolvida e civilizada, esta é a condição a que ficam necessariamente os pobres que trabalham, isto é, a grande massa do povo”*(Adam Smith, apud MARX, 1988, p415).

Toda anterior divisão do trabalho acarreta alguma deformação ao especializar em demasia alguma função, mas o período manufatureiro leva mais longe a divisão social do trabalho e, com sua divisão, ataca o indivíduo na suas raízes vitais. Neste período se iniciam as deformações que geram a patologia industrial no trabalhador.

A especialização do trabalho no período manufatureiro leva à simplificação, à diversificação e ao aperfeiçoamento das ferramentas, que se vão adaptando às funções dos trabalhadores parciais. Este desenvolvimento das ferramentas é a base material para o desenvolvimento da maquinaria, que combinará num mesmo equipamento diversas dessas ferramentas simples. Conjuntos de máquinas cooperam entre si para realizar processos produtivos, da forma que trabalhadores individuais faziam na manufatura, mas, esta nova cooperação dá origem à Indústria.

A máquina foi desenvolvida com o propósito de encurtar o tempo de produção das mercadorias e, com isto, aumentar a mais-valia que o capitalista extrai do trabalhador. A máquina, assim como os outros elementos do capital constante, não cria valor, apenas transfere o seu valor, em partes, na medida do desgaste, para a mercadoria.

Há uma contradição imanente na aplicação da máquina para produzir mais valia. A mais valia só é produzida pela parte variável do capital, o trabalho, e é determinada por dois fatores: a taxa de mais valia e o número de trabalhadores. Ocorre que o fator “taxa de mais valia” só aumenta pelo aumento da produtividade e conseqüente diminuição do outro fator, o número de trabalhadores.

A concorrência arrasadora entre os homens e as máquinas levou, segundo Marx, a um aumento horrendo da morte, em Londres, devido à expansão da costura à máquina.

Enquanto na manufatura a revolução da forma de produção se deu a partir da força de trabalho, na indústria a revolução se deu nos meios de trabalho, no desenvolvimento da maquinaria.

Toda maquinaria é composta de motor, transmissão e máquina-ferramenta. O motor e a transmissão geram e transmitem a força à máquina-ferramenta, que transforma o objeto de trabalho. A máquina-ferramenta substitui o trabalhador e suas ferramentas, emancipando o processo de produção da barreira orgânica que antes lhe era peculiar, as limitações físicas dos trabalhadores.

Na manufatura e no artesanato, o trabalhador utilizava a ferramenta para realizar o seu trabalho, era ele quem realizava os movimentos e determinava a produção. Na manufatura, os trabalhadores são membros de um mecanismo vivo, o coletivo de uma oficina que realiza uma produção. Na fábrica, a máquina utiliza o trabalhador para realizar o seu trabalho, ela determina o movimento e os trabalhadores têm de acompanhá-la. Aqui, eles são complementos vivos de um mecanismo morto, que existe independente deles.

A rotina do trabalho repetitivo e parcializado lembra o tormento de Sísifo, que empurrava uma rocha montanha acima, a qual despencava, obrigando-o a novamente empurrá-la para cima, indefinidamente. Conforme Marx:

*“o trabalho na fábrica exaure os nervos ao extremo, suprime o jogo variado dos músculos e confisca toda a atividade livre do trabalhador, física e moral. Sendo, ao mesmo tempo, processo de trabalho e processo de criar mais-valia, toda produção capitalista se caracteriza por o instrumental de trabalho empregar o trabalhador e não o trabalhador empregar o instrumental de trabalho” (MARX, 1988).*

Esta inversão do instrumental dominando o trabalhador só tem base material para se consolidar com a maquinaria e a indústria. O capital, trabalho morto, se confronta com o trabalhador, trabalho vivo, através da máquina, para exauri-lo. O capital “vampiro” vive e se fortalece com o “sangue” trabalho.

A máquina causa uma primeira grande mudança no emprego da força de trabalho ao tornar supérflua a força muscular. Desta forma, mulheres e crianças passam a ocupar postos de trabalho que antes requeriam homens adultos, barateando a força de trabalho e aumentando o grau de exploração a que estavam sujeitos os trabalhadores.

Conforme constatado por Marx:

*“os serviços de simples auxiliares podem, até certo ponto, ser substituídos por máquinas...as máquinas de fiar automáticas são talvez as mais perigosas. A maioria dos acidentes atinge crianças que se arrastam embaixo das máquinas para varrer o chão, enquanto elas estão em movimento. Os inspetores de fábrica agiram judicialmente contra os encarregados das máquinas, que foram obrigados a pagar multas, mas não conseguiram nenhum resultado apreciável. Se os construtores de máquinas inventassem uma vassoura mecânica, que eliminasse a necessidade de as crianças se agacharem embaixo da maquinaria, dariam uma contribuição oportuna a nossas medidas protetoras” ( MARX, 1988, p 482).*

Como mulheres e crianças não eram, para a lei, plenamente capazes, a utilização da sua mão-de-obra tinha muitas características parecidas com a utilização de escravos: inexistência de limites de jornada e de condições de trabalho.

Raptos de crianças em orfanatos para trabalharem nas fábricas favoreceram a extensão dos limites da jornada de trabalho, uma vez que estes pequenos trabalhadores, vilipendiados, não podiam opor resistência às ordens dos capitalistas.

Os primeiros limites legais à exploração foram tratados com fraudes pelos capitalistas e seus assessores, como se vê na aplicação da Lei Fabril, que limitava em seis horas a jornada de trabalho de menores de 13 anos. Médicos falsificaram declarações de idade e quase concomitantemente à aplicação da Lei houve uma brusca “diminuição” no número de trabalhadores com menos de 13 anos empregados na Inglaterra. Leis que obrigavam crianças a estudar também eram burladas e muitos professores analfabetos assinavam com X os certificados dos alunos-trabalhadores.

O corpo do trabalhador sofre com a atmosfera da fábrica, temperatura elevada, barulho, poluição causada pelos resíduos. O espírito sofre pela repetição e embrutecimento dos sentidos. A “batalha” industrial produz baixas regulares através de “acidentes” do trabalho.

A maior força e velocidade com que passaram a funcionar as máquinas após a descoberta da máquina a vapor aumentaram enormemente o número de acidentes. O capitalista precisa produzir mais em menos tempo para enfrentar com vantagem o concorrente e, assim, utiliza a mercadoria força de trabalho da forma que convém ao capital: expondo a situações de risco extremado e extraindo o máximo de trabalho possível. Por outro

lado, ao pagar os trabalhadores por produção, obriga-os a se exporem a riscos como o de fazer a manutenção de máquinas em movimento.

Muitos acidentes graves aconteciam quando os operários limpavam as máquinas em movimento e o faziam por não haver um tempo destinado a esta atividade durante a jornada de trabalho, para economia do capital (ENGELS, 1988).

A jornada de trabalho podia, no início do capitalismo, ser aumentada de acordo com a vontade dos capitalistas, que o fizeram extensamente, conforme já discutido neste capítulo. Isto gerou ameaça, conforme Marx, às raízes vitais da sociedade, que reagiu lutando e conquistando limites legais à duração da jornada de trabalho.

Estabelecidos estes limites à extração de mais valia, os capitalistas buscaram outra forma de aumentar esta extração e o mecanismo encontrado foi o da intensificação do trabalho. A redução do tempo de trabalho impôs aos trabalhadores maior dispêndio de trabalho no mesmo tempo, através de maior tensão da força de trabalho e de preenchimento dos poros da jornada.

O principal método para conseguir a intensificação do trabalho é modificar a forma de retribuição, ou seja, passar a pagar os trabalhadores por peça ou por tarefa. Assim o capital obtém, pela indução, que os trabalhadores intensifiquem o trabalho em busca de melhores salários.

A maquinaria encurta o tempo de trabalho, facilita a relação entre o homem e a natureza, aumenta a riqueza, mas, com sua aplicação capitalista, gera resultados opostos: aumenta o tempo e a intensidade do trabalho, escraviza o homem por meio das forças naturais, pauperiza os verdadeiros produtores (MARX, 1988).

Aos trabalhadores, mercadoria farta e barata, havia poucas possibilidades de garantir sua saúde. O direito à saúde não estava assegurado em lei e as autoridades sanitárias obedeciam prontamente aos capitalistas, seus chefes. A este respeito, Dr Simon, citado por Marx, diz:

*“... [os trabalhadores] são incapazes de criar para si mesmos a justiça sanitária, não podem conseguir nenhuma ajuda eficaz das autoridades sanitárias... a vida de milhões de trabalhadores é hoje atormentada e encurtada inutilmente por sofrimentos físicos sem fim, produzidos pelo simples fato de trabalharem” (MARX, 1988, p 533).*

Na tabela abaixo, elaborada pelo Dr Simon, pode-se verificar a influência do trabalho na saúde e na vida dos trabalhadores. A letalidade das indústrias de roupas e de impressores é muito mais elevada do que a da agricultura. Como se pode ver, a mortalidade entre



trabalhadores da agricultura, na faixa de 45 a 55 anos, é praticamente metade daquela encontrada nos dois outros ramos mais industrializados.

Número de empregados	Indústrias	Número de óbitos por 100mil pessoas, segundo a faixa etária indicada		
		De 25 a 35 anos	De 35 a 45 anos	De 45 a 55 anos
958 265	Agricultura na Inglaterra e no País de Gales	743	805	1145
22 301 homens 12 377 mulheres	Alfaiates de Londres	958	1262	2093
13 803	Impressores de Londres	894	1747	2367

( MARX, 1988, p 533)

O trabalho das rendeiras também submetia as trabalhadoras a uma insalubridade aviltante. Entre as mulheres que trabalhavam em Nottingham, com idades de 17 a 24 anos, havia uma tuberculosa para cada 45 em 1852 e este número foi aumentando até chegar a uma em cada 8 em 1860. Em oito anos o número de trabalhadoras tuberculosas aumentou em quase 6 vezes.

Trabalhando na casa de patroas para dar o acabamento nas rendas, estas trabalhadoras ficavam descalças para não sujar a renda, em cubículos, mais de 15 horas e muitas vezes acompanhadas de crianças com 2 anos de idade trabalhando nesta atividade (MARX, 1988).

A orientação da saúde pública à época era de que os quartos de dormir ou trabalhar tivessem, no mínimo, 300 pés cúbicos. Locais de trabalho de rendeiras chegavam a ter 12,5 pés cúbicos.

Conforme Marx, a lei Fabril Inglesa pode ser considerada a primeira reação consciente e metódica da sociedade contra a exploração do trabalho pelos capitalistas. Vendo a matéria desta lei, compreende-se que “nada poderia caracterizar melhor o sistema capitalista de produção do que a necessidade de o estado impor-lhe coativamente a adoção das mais simples precauções de limpeza e de higiene “ (MARX, 1988, p552).

Ocorre que “[no texto da Lei] além da redação que permite ao capitalista burlá-la, as disposições sobre higiene são extremamente pobres, limitando-se a prescrever a caiação

*de paredes e algumas medidas de limpeza, de ventilação e de proteção contra máquinas perigosas “ (MARX, 1988, p 551).*

Conforme Marx, Dr White, médico a serviço do governo inglês, diz que “os acidentes com as máquinas de estomentar linho são terríveis. Em muitos casos é arrancada a quarta parte do corpo. As conseqüências costumeiras dos ferimentos são a morte ou um futuro de miséria impotente e de sofrimentos... estou convencido de que se evitariam mutilações e grandes sacrifícios de vidas humanas, por meio de adequada supervisão pelo estado dos estabelecimentos de estomentar linho (MARX, 1988, p 551).

Com a lei fabril de 1864, mais de 200 estabelecimentos foram caiados, limpos e ventilados, depois de uma abstinência de 20 anos. Mas, a lei perde o alento diante da dificuldade de se impor em medidas simples, como o volume mínimo de 500 pés cúbicos de ar para um local de trabalho, ficando estabelecido assim que as doenças pulmonares são condições necessárias à existência do capital (MARX, 1988).

Os trabalhadores das minas de carvão estavam expostos a acidentes graves e fatais devidos ao acúmulo de gases. Existia também a chance elevada de o ar pestilencial causar doenças pulmonares e do desabamento das galerias colher vidas de trabalhadores.

A Lei Fabril de 1860 não surtiu muito efeito junto a estes ambientes de trabalho e, o mais comum era que aqueles trabalhadores que reclamassem o seu cumprimento fossem demitidos e “marcados”, de forma que não conseguissem se empregar na região.

O Estado não faz cumprir os poucos direitos garantidos à saúde dos trabalhadores no texto legal: há inspetores insuficientes e restrições legais (como o tamanho mínimo de um local de trabalho) impossíveis de serem impostas ao Capital, ou seja, a penalização para a irregularidade se mantém sobre os trabalhadores, sobre a forma de riscos à saúde no local de trabalho.

Em 1865, havia 3217 minas de carvão na Grã-Bretanha, para 12 inspetores, calcula-se que se fizessem apenas isso, cada mina seria inspecionada só uma vez em 10 anos, o que dá uma boa idéia acerca do investimento do Estado na aplicação das leis que interessam aos trabalhadores (MARX, 1988).

### **1.3 QUESTIONÁRIO DE 1880**

Em 1880, Karl Marx desenvolveu um questionário (anexo 1) com a finalidade de fazer uma investigação séria a respeito da situação da classe operária na França. Dirigido aos próprios operários, em quem reconhece estar o conhecimento da realidade em que vivem.

O questionário é constituído de 100 perguntas, separadas em quatro blocos de assuntos.

No primeiro bloco há 29 questões, relativas a condições de saúde e segurança no trabalho. Questiona sobre as características físicas da empresa e dos trabalhadores (número de trabalhadores, sexo, idade). Aborda também itens de segurança no trabalho com máquinas e condições higiênicas (ventilação, ruído, temperatura, pó e umidade). Empresas que

ofereciam maiores riscos ou cargas de trabalho tiveram perguntas específicas, no caso das Minas, Marx questiona se existem medidas para ventilar e impedir explosões e acidentes perigosos; no caso de fábricas de produtos químicos, altos fornos e metalúrgicas, questiona sobre as medidas de precaução adotadas.

Ainda neste bloco aparecem questões sobre a função que desempenha o operário e as repercussões que esta causa na sua saúde. Pergunta se há indenização por acidente de trabalho, serviço médico na empresa e se o governo fiscaliza a empresa. Por último, questiona se realiza o trabalho em casa e em que condições, se precisa de outro trabalho e se ganha o suficiente para sobreviver.

No segundo bloco há 16 questões, relativas à jornada de trabalho. Quantas horas são dedicadas ao trabalho por dia, semana e mês; a que horas inicia a jornada, quais são as pausas. Questiona se há trabalho à noite, se horas-extra são requeridas no pico da atividade e quanto tempo o trabalhador leva de casa ao trabalho. Pergunta quantas horas o vapor permanece ligado e se a limpeza da máquina é feita pelo próprio operador ou se há operários específicos para este fim. Sobre o trabalho de menores de 16 anos questiona se fazem trabalho em turnos, se há escolas e como funcionam e se o governo fiscaliza tal situação.

No terceiro bloco há 36 questões, relativas ao contrato de trabalho e ao salário. O período do contrato, as condições de aviso prévio, o trabalho sazonal, o trabalho de aprendizes. A forma e o valor da remuneração por tempo ou tarefa, para hora-extra, o salário é pago em dinheiro ou em espécie, o patrão faz o pagamento ou um intermediário, qual foi o salário mais alto que recebeu por dia ou tarefa. Mulheres e crianças recebem quanto? Quais são os gastos de primeira necessidade da família? A casa que mora é alugada do patrão? Qual é o preço do seu trabalho e das mercadorias que produz? O emprego de máquinas causou desemprego, aumento da intensidade do trabalho, aumento do salário? Quantos anos um trabalhador de saúde média pode trabalhar na sua profissão?

No quarto bloco há 19 questões sobre as organizações coletivas e as manifestações dos trabalhadores. Pergunta se há associações operárias, quem as dirige, se elas vão em socorro de trabalhador acidentado, se a adesão é voluntária e se o controle é dos trabalhadores. Quais greves ocorreram na sua empresa e por quais motivos? A sua associação apoiou greves de outros operários? Há regulamentos com penas na sua empresa? Há coalizão dos empregadores para baixar o salário e aumentar o tempo de trabalho? O governo defende os trabalhadores contra os abusos do capital, fiscaliza-o, faz cumprir as leis, usa a força pública para reprimir os trabalhadores? Há sociedade cooperativa, participação nos lucros?

Se há, isto aumenta os salários em relação à média da categoria? Quais são as condições físicas, intelectuais e morais dos operários?

Marx apresenta, neste questionário, uma visão da totalidade dos aspectos de exploração da mercadoria força de trabalho pelo capital. Observa o desgaste da saúde, a jornada de trabalho, o contrato de trabalho e as formas associativas dos trabalhadores para resistir à exploração.

Este Questionário demonstra a preocupação de Marx com a questão da saúde do trabalhador. A estruturação das questões, que abrangem condições de saúde e segurança, jornada de trabalho, contrato e salário e organizações dos trabalhadores, mostra que a situação de vida (e saúde) da classe trabalhadora depende deste conjunto de variáveis e especialmente da correlação de forças na luta de classes em cada período histórico.

A atualidade das questões postas por ele é eloqüente sobre o desempenho do capital nestes 130 anos que separam o texto marxiano dos nossos dias. O desenvolvimento do capital, através do aumento da produtividade, amplia a capacidade de produção e agudiza a exploração da mercadoria força de trabalho, como discutiremos a seguir.

#### **1.4 AGUDIZAÇÃO DA EXPLORAÇÃO DA MERCADORIA FORÇA DE TRABALHO E SEUS IMPACTOS NA SAÚDE DOS TRABALHADORES NOS DIAS DE HOJE**

*“automação é qualquer operação que desloque homens da produção. Mas não acrescentem meu nome a esta definição. Temos que pensar nos conflitos trabalhistas” (declaração do Diretor de uma das três maiores fábricas de automóveis dos EUA, em The Machinist, 1954).*

#### 1.4.1 Aumento da produtividade e mudanças tecnológicas sob o capitalismo

O capitalismo segue realizando, cada vez mais vorazmente, no século e meio que se passou desde o texto marxiano de O Capital, a apropriação privada do desenvolvimento das forças produtivas.

A lógica do processo de trabalho na fábrica continua sendo aprimorada, com controle minucioso do que se pretende produzir, dos custos das matérias primas e do ritmo de trabalho. Contraditoriamente, a lógica do processo produtivo na sociedade continua cada vez mais caótica. Produz-se primeiro, para depois encontrar, ou não, a realização da produção: a venda, no mercado. Conforme descrito por Marx, o capitalista quer ter controle máximo da produção na sua fábrica, mas se horroriza e acha absurda a idéia de que a sociedade funcione como uma fábrica, planejadamente. (MARX, 1988).

A razão disto é o fato de que a inserção do capitalista no mercado não se dá pacificamente, mas resulta de um intenso mecanismo de concorrência entre capitalistas.

O mecanismo de disputa intercapitalista por mercados é a concorrência entre as empresas e o aumento da produtividade é a arma principal nesta guerra. Para que este aumento da produtividade se dê, o capital revoluciona constantemente os processos de trabalho.

A extração da mais valia relativa resulta do aumento da produtividade do trabalho, engendrando uma contradição que Marx expressa assim : *“quanto maior a produtividade do trabalho, tanto menor o tempo de trabalho requerido para produzir uma mercadoria, e quanto menor a quantidade de trabalho que nela se cristaliza, tanto menor seu valor”* (MARX, 1988, p. 47).

Este é o círculo vicioso em que o capital se insere: com o avanço da produtividade, na busca incessante por competitividade e por mais valia relativa, o capital aumenta cada vez mais a sua parte “morta” (maquinaria) em relação à sua parte “viva” (trabalhador), produzindo cada vez mais com menos trabalho. Este processo tende ao paroxismo com a automação, que torna o trabalho secundário e tende a eliminá-lo do processo produtivo.

Este círculo vicioso e gerador da crise estrutural do emprego<sup>1</sup>, em nossos dias, têm a potencialidade, paradoxalmente, de se tornar virtuoso para os trabalhadores: a humanidade está se aproximando de um estágio de evolução das forças produtivas que pode libertar os homens e as mulheres dos grilhões do trabalho compulsório, alienado e servil ao capital.

É claro que esta potencialidade positiva não ocorrerá naturalmente, já que os capitalistas, detentores do poder máximo na sociedade globalizada, não abrirão mão dos seus direitos de propriedade privada dos meios de produção apenas por um “entendimento” de que devem fazê-lo. Conforme identificado por Marx, a única solução para este impasse, onde o direito à propriedade do capital se contrapõe ao direito ao emprego e à vida dos trabalhadores, é a Revolução.

Através das mudanças tecnológicas orientadas para o aumento da produtividade, uma empresa reduz o tempo de trabalho social necessário para fabricação de uma mercadoria, baixando, assim, o preço do seu produto e obtendo um ganho, lucro, excedente enquanto a inovação não se generaliza. Uma vez generalizada a inovação, pela sua apropriação por outros capitalistas, o tempo de trabalho social volta a se equilibrar numa média estável entre as empresas de um mesmo ramo de atividade, até que nova invenção dê início a novo ciclo de auto-destruição inovadora semelhante.

Diz Marx, acerca do significado do aumento da produtividade com relação à exploração do trabalho:

*“qualquer que seja a mudança na produtividade, o mesmo trabalho, no mesmo espaço de tempo, fornece sempre a mesma magnitude de valor. Mas no mesmo espaço de tempo, gera quantidades diferentes de valores-de-uso: quantidade maior, quando a produtividade aumenta, e menor, quando ela decai” (MARX, 1988, p 53).*

A principal função das inovações tecnológica tem sido, ao longo da história, aumentar o controle capitalista sobre o processo de trabalho. Na Revolução Industrial este objetivo foi alcançado com a destruição do artesanato e, no taylorismo, com a degradação geral dos ofícios. A introdução dos computadores aumenta o controle físico e mental sobre os trabalhadores (KATZ, 1994).

---

<sup>1</sup> Para uma PEA estimada, em 1999, pela OIT, em 3 bilhões de pessoas, havia cerca de 1 bilhão de trabalhadores vivendo com sua capacidade de trabalho subutilizada. Ou seja, um a cada 3 trabalhadores encontrava-se na situação de desemprego, ou exercendo atividades de sobrevivência. O excedente mundial de mão-de-obra vem apresentando uma tendência de crescimento desde 1975, quando a taxa mundial de desemprego aberto era estimada em 2,3% da PEA e, vinte e quatro anos depois, seria de 5,5%. Neste período, a elevação foi mais concentrado nas nações não desenvolvidas, onde subiu 200%; no Brasil aumentou 369,4%, alterndo-se de 1,73% (em 1975) para 9,85% (em 1999). (POCHMANN, 2001)

O que os empresários disputam é explorar o trabalho geral produzido pelos proletários, buscam obter um mesmo produto com quantidades cada vez menores de trabalho, isto é, produzir mais mercadorias em cada vez em menos tempo. O motor da inovação tecnológica, no capitalismo, é a busca de maiores lucros, o que acentua a concorrência e gera, como resultantes, o aumento da intensidade do trabalho, o descontrole e a opressão social (COGGIOLA & KATZ, 1996).

As mudanças tecnológicas sob o capitalismo, guiadas pela lógica do lucro e da acumulação, conduzem inexoravelmente à crise, uma vez que a taxa de lucros experimenta uma queda associada diretamente ao aumento da produtividade e ao volume das inovações. Esta queda está na raiz da crise do sistema capitalista (MARX, 1988). Segundo Coggiola, o capitalismo não é capaz de aproveitar a potencialidade das inovações que renova permanentemente e, por esta razão, subutiliza cronicamente o caudal tecnológico, desocupa força de trabalho, impõem altos níveis de ociosidade da capacidade instalada, permite um nível de robotização muito inferior ao tecnicamente viável e mantém a sociedade na pré-história da automatização. Em relação às suas possibilidades, o desenvolvimento científico é cada vez mais parcelado e incompleto (COGGIOLA & KATZ, 1996).

O desenvolvimento do capitalismo, através do aumento da produtividade, amplia e potencializa não só a capacidade de produção do sistema como também amplia e põe à vista suas chagas. Associado ao aumento da produtividade encontra-se o constante enfrentamento, pelo capital, da resistência dos trabalhadores à acumulação. O desemprego é estrutural e a precarização do trabalho é ampliada no mundo todo, embora com velocidade diferente nas diversas regiões do globo.

O uso da tecnologia avançada é feito pelo capitalismo para garantir a qualidade do produto, enquanto que as tarefas de menor precisão ou relacionadas com o deslocamento do objeto de trabalho são feitas com máquinas menos complexas e utilizando mão-de-obra barata. Assim, o capital “racionaliza” os investimentos ao combinar as vantagens tecnológicas com as da mão-de-obra barata (LAURELL & NORIEGA, 1989).

Este barateamento da mão-de-obra é obtido, em períodos de crise, da intensificação do trabalho e conseqüente diminuição dos custos de produção. Esta intensificação se inicia com as cargas psíquicas, mas também atinge todas as outras cargas de trabalho ao traduzir-se numa “utilização intensiva das máquinas num baixo nível de manutenção preventiva e no aumento de manutenção de emergência, realizada com as máquinas em funcionamento e



desrespeitando as instruções das medidas gerais de proteção (LAURELL & NORIEGA, 1989, p.315).

Cada dinâmica de processo de trabalho tem suas particularidades, entretanto, é possível identificar as características gerais das diferentes fases históricas do processo de produção capitalista. Enquanto processo de valorização, elas correspondem a diferentes estratégias de extração da mais-valia e, enquanto processo de trabalho, à formas diferentes de subsunção do trabalho ao capital. *“As duas grandes etapas são a do predomínio da extração da mais-valia absoluta e a do predomínio da extração da mais-valia relativa, que, em termos do processo de trabalho, correspondem, respectivamente, à subsunção formal e à subsunção real do trabalho ao capital”* (LAURELL & NORIEGA, 1989, p.107).

Dentro destas grandes etapas do processo de produção capitalista pode-se distinguir subetapas, de acordo com a conformação do processo de trabalho e definidas de acordo com as características da base técnica e da organização e divisão do trabalho, que são bastante homogêneas em cada subetapa e possuem diferenças notáveis entre uma e outra. No interior da etapa com predomínio da extração da mais-valia absoluta, tem-se a cooperação simples e a manufatura e, no interior da etapa com predomínio da extração da mais-valia relativa, tem-se o maquinismo simples, o taylorismo, o fordismo e a automação de fluxo contínuo (de transformação físico-química) e a automação discreta (de transformação mecânica) (LAURELL & NORIEGA, 1989).

O que move estas transformações do processo de produção capitalista é a concorrência intercapitalista e a luta entre capital e trabalho. Cada nova subetapa é sucessora histórica da anterior, no sentido de que não permite uma volta à subetapa anterior.

Na subetapa mais atual do processo de produção capitalista a automação diminui acentuadamente a participação dos trabalhadores no processo produtivo; suas funções passam a ser quase exclusivamente de vigilância do processo e de manutenção das máquinas.

Segundo Braverman, o efeito da automação na qualificação dos trabalhadores é contraditório e ele o denomina “polarização das qualificações”. Por um lado a desqualificação do trabalho, reduzido a conhecimentos específicos de operações limitadas e repetitivas e tarefas simples. Por outro lado, a superqualificação dos engenheiros e técnicos responsáveis pela programação das máquinas (BRAVERMAN, 1977).

#### 1.4.2 O trabalho ameaçado

A partir da crise econômica mundial de 1973, devido ao choque do petróleo, com o acirramento da concorrência intercapitalista, ocorre a marcha acelerada da automação. A indústria militar, menos afetada pela crise, por possuir clientes cativos (os Estados), desenvolve as novas tecnologias de informação que, posteriormente, passam para o campo civil.

Autores como Alain Touraine e André Gorz passaram a vaticinar o fim da classe operária dentro de 20 ou 30 anos, uma vez que a automatização e robotização da produção e dos serviços tenderiam a substituir o trabalho humano. Estes autores afirmam que a missão histórica da classe operária, definida por Marx, perdeu o sentido, pois o trabalho operário deixou de ser a principal força produtiva (COGGIOLA & KATZ, 1996).

Marx previu, há mais de 150 anos, que o aumento da produtividade e da automação traria consigo a precarização crescente da classe operária (MARX, 1987). A precarização do trabalho operário, no entanto, é coisa bem diversa do seu fim. O trabalho não pago, extraído na forma de mais valia, segue sendo a única forma de criação de valor no processo produtivo. Assim, o fim do trabalho é igual ao fim do capitalismo e, como sabemos, este não acabou ainda.

Nos Grundrisse (esboços de O Capital), Marx falava do processo de automação nestes termos:

*“o processo de produção deixa de ser um processo de trabalho, no sentido em que o trabalho constituiria sua unidade dominante. Nos numerosos pontos do sistema mecânico, o trabalho aparece apenas como corpo consciente, sob a forma de alguns trabalhos vivos. Dispersos, submetidos ao processo de conjunto da maquinaria, não formam mais do que um elemento do sistema, cuja unidade não reside nos trabalhadores vivos, mas na maquinaria viva (ativa) que, em relação à atividade isolada e insignificante do trabalho vivo, aparece como um organismo gigantesco. Neste estágio, o trabalho objetivado aparece realmente, no processo de trabalho, como o poder dominante face ao trabalho vivo, enquanto que, até aí, o capital era apenas o poder formal e desse modo se apropriava do trabalho”* (MARX, 1986, p248).

Marx acrescenta a isto que :

*“o capital é uma contradição em processo: por um lado entrava a redução do tempo de trabalho a um mínimo, e por outro instaura o tempo de trabalho como única medida de riqueza. Portanto, diminui o tempo de trabalho na sua forma necessária para o aumentar na sua forma de sobre-trabalho(...) [faz com que] a produção de riqueza seja independente (relativamente) do tempo de trabalho nela utilizado. Por outro lado, pretende medir pela bitola do tempo de trabalho, as gigantescas forças sociais deste modo criadas, e encerrá-las em limites estreitos, necessários à conservação, enquanto valor, do valor já produzido” (MARX, 1980).*

Assim, A Sociedade do tempo livre é uma possibilidade criada e negada pelo capitalismo.

No capitalismo real, o que se verifica não é o desaparecimento da classe operária, mas sim o aumento da exploração da mesma. Segundo Secco:

*“ É um paradoxo que, no máximo do avanço técnico, a perspectiva do fim da sociedade do trabalho conviva com o aumento extensivo de jornadas de trabalho e a ressurreição de formas pré-diluvianas de exploração da força de trabalho, como a terceirização, que revive uma obviedade ressaltada por Marx em O Capital: o salário por peça” (SECCO, 1994).*

De fato, coexistem características contraditórias do capitalismo no fim do século XX, tais como globalização e blocos econômicos, automação e jornadas de trabalho elevadas, como se verifica no Japão.

Em função do esforço bélico havido no entorno de 1940, um aumento no controle dos tempos e ritmos de produção caracterizaram o período da “linha de montagem”, conhecido como fordismo.

Pesquisas de Williams e Cutler mostram que nem mesmo o fordismo foi dominante, que linhas de montagem são apenas parte do processo de trabalho numa fábrica e parte muito menor no conjunto das fábricas. Substituir o velho capitalismo pelo Fordismo e, mais fantasiosamente, pelo pós-fordismo, tem a função de criar categorias novas e transferir para elas a crise que, na verdade, é do modo capitalista de produção (COGGIOLA & KATZ, 1996).

O pós-fordismo foi definido por novos métodos de produção flexíveis, baseados na microeletrônica, maior divisão dos trabalhadores entre centrais e periféricos, maior individualismo e consumo sobre a produção e, conseqüentemente, com pouca participação

dos sindicatos. A crise do Fordismo seria caracterizada, segundo Boyer, pela dificuldade de obter aumento da produtividade, pelo crescimento gigantesco de unidades produtivas, pela rigidez, pela mudança no modelo de emprego (COGGIOLA & KATZ, 1996).

A crise pensada como tendo causas tecnológicas leva à falsa noção de que as soluções passam a ser também técnicas e não sociais. Como diz o presidente FHC : não temos desemprego, temos crise de empregabilidade. Então, é simples, basta os desempregados estudarem mais e terão emprego! Esta afirmação falaciosa não mostra, entretanto, de onde sairão os novos empregos, os quais tendem a não existir sob o impacto da lei mais importante da economia capitalista, segundo Marx: a queda tendencial da taxa de lucro.

De todo modo, a mudança tecnológica causa uma revolução nos processos de trabalho, melhor identificada na microeletrônica, que diminui o quadro de trabalhadores, redefine funções, hierarquias, realizando o trânsito do modelo dito “fordista-taylorista” (produção em cadeia, posição fixa) para o modelo flexível (polivalente, autônomo, móvel). As novas formações “disciplinares-produtivas” são a célula e a equipe, e não mais o trabalhador isolado/fixo. Entretanto, a maioria dos trabalhadores não está organizada sob este paradigma e, mesmo para os que estão nele, o poder de fato, de elaboração, definição da produção segue sendo dos gerentes. (OLIVEIRA, 2000).

Nos nossos dias, esta camada de gerentes da grande indústria detém de fato o controle do processo de trabalho, domina cada vez mais o planejamento das ações. Isto coloca uma questão interessante para a relação capital X trabalho: para que sevem mesmo os capitalistas, uma vez que a sua função de planejar e controlar o processo de trabalho está dominado pelos gerentes? (ESPAÇO MARX, 2001). *“Se nos faltarem os abutres não deixa o sol de fulgurar” (Internacional Comunista).*

O “just in time”, modo de gestão típico do pós-fordismo, ou toyotismo, é um modo de regular a produção e distribuição de mercadorias, com ele os capitalistas consumidores de matérias-primas tiveram benefícios, mas com um elevado custo social da produção (pela necessidade de os fornecedores acumularem grandes estoques, pelos maiores gastos em transportes, pela perda da economia de escala, pelo aumento dos engarrafamentos no trânsito e pela poluição adicional). Quando a queda dos preços e lucros tornaram intolerável estes custos, o “just in time” se desfez “(OVIEDO, apud COGIOLLA, 1996).

Karl Marx apontou, há 150 anos, em O Capital, que o capitalista, ao aumentar a organização e a planificação no interior da sua fábrica (como fazem o Fordismo e o Toyotismo) gera, dialeticamente, uma maior anarquia social na produção capitalista.

A crise atual do capital alcançou níveis nunca vistos na história. Com uma população economicamente ativa de 2 bilhões de pessoas, o desemprego mundial chega a 800 milhões de pessoas. O salário real está em queda, a segurança e estabilidade no emprego também. O trabalho precário cresce muito mais rapidamente do que o emprego formal. Sessenta por cento (1,15 bilhões) da população economicamente ativa no mundo está desprotegida no que se refere ao seguro social básico e à legislação trabalhista (OIT, 1986).

Esta condição de precariedade se agrava ainda mais ao observarmos os países do Terceiro Mundo. Na Ásia, 77% dos trabalhadores carecem de proteção social e trabalhista. Na África este número sobe para 84% dos trabalhadores (OIT, 1986).

O Primeiro Mundo também não está livre destas mazelas. Na Espanha, em 1986, 17% dos contratos de trabalho eram temporários e, em 1990, este indicador aumentou para 34% (BILBAO, apud COGIOLLA, 1996). O desemprego aumentou 7,4% em 1991 e 8,4% em 1992, nos países da OCDE (Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico). Na Suécia, modelo de economia social, o desemprego passou de 2,5% em 1991 para 6,5% em 1993. Além destes dados do desemprego, o trabalho de meio período e precário cresceu, 30%, nos países de Primeiro Mundo, na década de 1980 (OIT, 1986).

As inovações introduzidas pelo capital no Primeiro Mundo vieram acompanhadas de cortes nas conquistas dos trabalhadores e, hoje, estima-se a precarização de 23 a 27% da força de trabalho nestes países (COGGIOLA & KATZ, 1996).

Segundo Coggiola (Op. Cit.), na Europa Ocidental, berço do Estado do Bem Estar Social, foi revogada lei que proibia, desde 1919, o trabalho infantil e, hoje, mais de 2 milhões de menores trabalham.

A globalização tem, como uma das suas características, permitido uma maior mobilidade do capital. Segundo Coggiola, enquanto um operário americano recebe 17 dólares por hora, seu vizinho mexicano recebe 1,5 dólares por hora. Assim as fábricas maquiladoras<sup>2</sup> americanas transferem unidades para o México e ainda utilizam o discurso de que vão se mudar mais ainda para os países em desenvolvimento como forma de ameaçar os operários americanos.

As grandes empresas globalizadas, símbolo dos novos tempos, servem-se de formas nefastas de precarização da classe trabalhadora. Em Bangladesh, por exemplo, as empresas Wal-Mart, K-Mart e Sears utilizam-se do trabalho feminino na confecção de roupas, com

---

<sup>2</sup> Empresas que montam seus produtos em países diversos daquela sede da matriz, sem, entretanto, transferir a tecnologia para estes países, funcionando, assim como uma "maquiladora" ou maquiladora.

jornadas de trabalho de cerca de 60 horas por semana e salários menores do que US\$ 30 por mês (ANTUNES,1998).

A sólida economia dos “Tigres” asiáticos se erigiu sobre a exploração do trabalho de mulheres e crianças, de trabalho noturno, de jornadas extenuantes. Os poucos direitos e os salários baixos que os trabalhadores destes países têm, a dita “flexibilização” do trabalho atraiu capital estrangeiro, em busca de vantagens comparativas e pressiona para baixo o nível de vida dos trabalhadores americanos e europeus (COGGIOLA & KATZ,1996).

Nos países atrasados, como o Brasil, o trabalho ilegal adota formas de trabalho escravo. O capitalismo sobrevive reintroduzindo formas pré-capitalistas de produção, de modo que conquistas dos primórdios da Revolução Industrial estão hoje ameaçadas (COGGIOLA & KATZ,1986).

As inovações tecnológicas atuais estão gerando mudanças de grande dimensão, com características qualitativas. A automação, nos nossos dias, muda a direção em que vinha se dando nos anos 1950 e 1960 (indústrias de processo contínuo: petroquímica, vidro, cimento,...) e passa, a partir dos anos 70, às indústrias de processo direto, de produção em série, que normalmente utilizavam de forma intensiva a mão-de-obra: fábricas de automóveis, têxteis e outras de bens de consumo durável (CORIAT, apud COGGIOLA & KATZ, 1996). Com a expansão da desocupação causada pela automação criou-se o termo “exclusão” para descrever os trabalhadores expulsos do processo produtivo e, por consequência, do consumo. Este termo não tem nenhum valor diferente das denominações tradicionais (desempregados, pauperizados e marginalizados). O que o termo exclusão procura definir já está descrito por Marx, em O Capital, como sendo o Exército Industrial de Reserva, necessário à existência do capitalismo, e que aumenta com o desenvolvimento deste.

A diminuição do peso social do proletariado não corresponde, entretanto, à diminuição do seu peso econômico, uma vez que a redução na força de trabalho de uma empresa não equivale a uma contração dessa força. O peso econômico do proletariado aumenta em função dos ganhos de produtividade associados à flexibilização, à automação e a informatização. Nos ramos mais informatizados os ganhos do proletariado têm sido muitas vezes maiores que os reajustes salariais (CALLINICOS, A & HERMAN, C; apud COGGIOLA & KATZ, 1996).

Ademais, a classe proletária não é composta apenas de operários industriais, mas de todos os trabalhadores não detentores de meios de produção, cuja única fonte de reprodução de vida que possuem é a própria força de trabalho. Essa massa de assalariados, segundo

COGGIOLA, representa de 80 a 95% da população ativa nas economias avançadas. Segundo o mesmo autor, supor que a classe média está aumentando com o avanço da informatização é outro erro grave. A classe média se definiu no passado como camadas de profissionais que não se vinculavam diretamente ao processo produtivo, mas, hoje, os funcionários de “colarinho branco” são assalariados sujeitos as mesmas desventuras que os operários do chão de fábrica: desemprego, cortes salariais, racionalização.

Entretanto, a automação deve ser vista dialeticamente, pois, se por um lado elimina empregos, ameaça salários e aumenta o controle do capital sobre o processo de trabalho, por outro lado, coloca nas mãos dos trabalhadores a quase totalidade do controle da atividade produtiva, aumentando muito o poder dos trabalhadores sobre o processo produtivo (ANDRADE, apud COGIOLLA, 1996).

O processo que vai definir se o proletariado irá ou não cumprir sua missão histórica, a Revolução, segundo Marx, ainda está em andamento e eivado de contradições. Vaticinar o fim do proletariado é fazer exercício de adivinhação.

O capitalismo criou diversas alternativas para sair da crise: a automação, a informatização, as maquiladoras, a flexibilização, a terceirização e a utilização de mão-de-obra escrava e ilegal. A flexibilização é apenas mais um recurso do capital para intensificar o ritmo de trabalho e aumentar o lucro dos capitalistas.

O declínio relativo do proletariado se compensa pelo aumento do seu peso econômico e pelo aumento do seu poder sobre o processo de produção. A extração da mais valia segue sendo a única forma do capital gerar novas riquezas e, portanto, excluir os proletários deste processo equivale a impossibilitar o capitalismo. A solução desta equação está em andamento e pode não ser o fim do proletariado, mas sim da sociedade de classes, isto é, tanto dos proletários quanto dos patrões.

Os últimos trinta anos, com seus gigantescos avanços tecnológicos generalizados, destroem a ingênua crença no avanço tecnológico como chave do bem estar. O desenvolvimento acelerado da tecnologia nas últimas décadas não reduziu a desnutrição de um quinto da população mundial, nem evitou, em 1994, a morte por inanição de vários milhares de pessoas na África, nem que habitantes do nordeste brasileiro se alimentassem de ratos nos lixões (KATZ, 1996).

## **CAPÍTULO 2: A SAÚDE DO TRABALHADOR**

## 2.1 ASPECTOS CONCEITUAIS

Como é próprio de uma sociedade dividida em classes, os conceitos dos vários campos das ciências não são neutros, são antes marcados pela ideologia e pelos interesses das classes sociais. Acontece que a classe dominante não quer que esta forma de construir o conhecimento seja conhecida da população, cria, então, embustes que dão ares de “cientificidade”, neutralidade científica, a seus valores de classe e denomina de “política”, no sentido pejorativo, de politiqueira, à ciência que defende os valores do proletariado.

No área da saúde no trabalho este recorte de classe é muito evidente entre as diversas formas de abordagem da saúde da “mercadoria força de trabalho”. Conceitos como Saúde Ocupacional, Medicina do Trabalho, Higiene do Trabalho, Engenharia de Segurança e Saúde do Trabalhador se confundem na prática de muitos profissionais que atuam no campo, mas estão longe de ter diferença apenas semântica, representam interesses divergentes, nem sempre explicitados, na forma de tratar a saúde e a segurança da força produtiva.

Esta enorme gama de conceitos pode ser sistematizada em dois campos de conhecimento: a Saúde Ocupacional e a Saúde do Trabalhador; a primeira embasada numa teoria positivista e a serviço do capital; a segunda com base no materialismo histórico e dialético e a serviço da classe trabalhadora. A seguir trataremos da origem e evolução destes conceitos, bem como procuraremos demonstrar os caminhos que seguem cada um atualmente.

### 2.1.1 A Saúde Ocupacional



A Saúde Ocupacional tem origem na Higiene Industrial, no campo da Segurança do Trabalho e na Medicina do Trabalho, é caracterizada principalmente por uma abordagem clínica, biológica, individualizada, que trata a doença como um processo evolutivo natural, sobre o qual é possível realizar intervenção a qualquer tempo ou situação (AROUCA, 1975).

A Saúde Ocupacional tem como objetivos principais:

*“a promoção e manutenção do mais alto grau de bem estar físico, mental e social dos trabalhadores em todas as ocupações; a prevenção(...), de desvios da saúde causados pelas condições de trabalho; a proteção dos trabalhadores em seus empregos, dos riscos resultantes de fatores adversos à saúde, a colocação e manutenção do trabalhador adaptadas às aptidões fisiológicas e psicológicas, em suma: a adaptação do trabalho ao homem e cada homem à sua atividade” (MENDES, 1980, p.18).*

O campo da Saúde Ocupacional baseia-se no conceito de risco probabilístico da relação entre o corpo que trabalha e os agentes nocivos (físicos, químicos e biológicos), que interatuam de maneira isolada com o hospedeiro (trabalhador). Considera o trabalhador inserido num ambiente externo a ele e realiza uma abordagem médico-clínica, a-histórica e tecnicista, com o objetivo de monitoramento da saúde. Esta forma de atuação visa especialmente o controle da força de trabalho, não reconhecendo no processo, na organização/divisão do trabalho e nas relações sociais voltadas para a valorização os elementos determinantes do adoecer e morrer no trabalho (LACAZ, 1996).

Esta forma de abordar a saúde da mercadoria força de trabalho não permite uma análise da essência da relação trabalho-saúde, também não permite identificar o que determina o aparecimento, o desenvolvimento e o desaparecimento de conceitos médicos relacionados ao trabalho (AROUCA, 1975).

A Enfermagem do Trabalho, como parte da Saúde Ocupacional, resgata as ciências do comportamento das décadas de 1930/40, e segue “imputando a culpa à vítima”, fala de: “...educação para a saúde, condicionamento físico dos trabalhadores e a mobilização(...) para assumir a responsabilidade de sua saúde...prevenção de doenças cardio-vasculares, obesidade, desnutrição e da utilização de drogas e álcool...assistência psicológica a esses trabalhadores para a mudança de comportamento...estudo da importância do fator humano

*nos acidentes (...) análise das causas da fadiga(...); estudos das causas médicas do absenteísmo...”(QUEIROZ, apud LACAZ, 1996, p.195).*

A Saúde Ocupacional das empresas tem a função, via de regra, de selecionar os trabalhadores mais saudáveis (melhores “mercadorias”) para serem comprados/contratados, são, portanto, anti-éticos e despóticos. Na América Latina, os ambulatórios de Medicina Ocupacional funcionam mais para servir aos empregadores do que para realizar atividades de prevenção de acidentes do trabalho. Os profissionais ficam “entrincheirados” nos ambulatórios a maior parte do tempo e predominam atividades assistenciais e de controle de absenteísmo (MENDES, 1986; LACAZ, 1996).

No primeiro serviço médico de empresa já se identificava a expectativa do capital quanto às finalidades desta área na empresa: ser dirigidos por pessoas de confiança do patrão e que o defendessem; centrados no médico; prevenção de riscos como função médica e responsabilidade pelos problemas de saúde referida ao médico. Isto é, estava explicitado o interesse do capital em controlar a força de trabalho(MENDES & DIAS, 1991).

Conforme discutido antes, no capitalismo, o homem que trabalha é tratado como uma mercadoria, assim como qualquer mercadoria, a força de trabalho pode ser comprada, vendida e tratada/consertada para ter melhor desempenho no trabalho. Os agravos à saúde causados pela exploração do trabalho são naturalizados, busca-se tratar o indivíduo/mercadoria acometido, desde que a relação custo/benefício “compense” o investimento, caso contrário o trabalhador é considerado peça descartável e, como tal, é substituído. Esta é a lógica do capital, e a Saúde Ocupacional é o seu instrumento para “tratar” a mercadoria força de trabalho.

A Saúde Ocupacional “empresta” da Higiene Industrial e da Toxicologia os conceitos de Limites de Tolerância e Limites Biológicos de Exposição. Estes conceitos funcionam como instrumentos na estratégia de intervenção da Saúde Ocupacional na realidade do trabalho, que se resume a “*adaptar /adequar o ambiente e as condições de trabalho dentro dos parâmetros preconizados para a média dos trabalhadores “normais” em termos de suscetibilidade individual a tais agentes e fatores de risco*” (LACAZ, 1996, p 22).

Baseado nesta idéia do “controle” da saúde, a Saúde Ocupacional define a sua importância na adaptação/ajuste da força de trabalho ao processo de trabalho. Os exames de entrada no trabalho (admissionais) e os periódicos, realizados pela equipe de Saúde

Ocupacional, têm a função de selecionar os trabalhadores mais e menos saudáveis, as melhores e piores “mercadorias”, para serem contratados, mantidos ou demitidos.

Esta seleção dos trabalhadores mais saudáveis tem obtido tanto êxito que existe, em epidemiologia, um “Efeito do Trabalhador Sadio”, “em que se observa que, quando comparados com a população geral, grupos de trabalhadores mostram-se “mais” saudáveis do que ela” (LACAZ, 1996).

A declaração de Henry Ford de que “o corpo médico é a seção da minha fábrica que me dá mais lucro”(citada por Oliveira e Teixeira, apud MENDES & DIAS, 1991) é elucidativa do caráter de exploração do trabalho que o capital exerce não só na atividade laboral propriamente dita, mas nos serviços de suporte à produção, os serviços médicos, que, em tese, deveriam servir para “proteger” os trabalhadores dos “excessos” do capital.

O corpo médico de fato contribui, regra geral, para gerar mais lucro, pois, ao invés de promover melhorias na organização do trabalho para diminuir o desgaste da saúde dos trabalhadores, procura selecionar os “mais aptos” para resistirem ao desgaste(na seleção, demissão e controle de absenteísmo). A função precípua deste serviço das empresas é, desde sua origem, monitorar a mercadoria força de trabalho para que esta sirva melhor ao capital.

### 2.1.2 A Saúde do Trabalhador

A Saúde do Trabalhador é um campo em construção, na Saúde Pública, onde busca constituir uma área do conhecimento através da aproximação de um objeto e de uma prática (MENDES & DIAS, 1991).

Até o final dos anos 70 o sindicalismo brasileiro se caracterizou por fazer reivindicações economicistas quanto à saúde no trabalho. Este processo é denominado “monetização do risco” e se baseava na luta por receber adicionais de insalubridade e periculosidade. A partir do final dos anos 70, sob forte influência do Modelo Operário Italiano, o movimento sindical mais combativo passa a lutar por melhorias das condições de trabalho e por defender a Saúde dos Trabalhadores (MENDES, 1986). Este processo foi potencializado pelas greves ocorridas em 1979/1980, principalmente no setor metalúrgico (automotivo), motivadas pela luta contra a superexploração do trabalho, que passaram a realizar as chamadas “operações tartaruga” e a dar uma nítida dimensão política ao movimento sindical (ANTUNES, 1992).

O movimento sindical conseguiu garantir a publicação da lei, em 1970, na Itália, como resposta às reivindicações e lutas do período, conhecida como o “Estatuto dos Trabalhadores”, que define: a não delegação da vigilância da saúde ao Estado, a não monetização dos riscos, a validação do saber dos trabalhadores e o melhoramento das condições e ambientes de trabalho (MENDES & DIAS, 1991).

Este processo de lutas, na Itália, construiu o que passou a ser conhecido como o Modelo Operário Italiano, que se caracteriza por valorizar o conhecimento e a ação do operário, entender o trabalhador como sujeito de sua saúde e não como objeto que recebe ensinamentos, tratamento, medições de especialistas (como faz a Saúde Ocupacional). O princípio da “não delegação” (aos outros, que não os próprios operários) é central neste Modelo (LAURELL, 1989).

As classes trabalhadoras avançam, nas décadas de 60 e 70, no sentido de se constituir num “novo sujeito social e político”. Assim, a elaboração/atuação da Medicina Social Latino-Americana (MSL) incorpora uma concepção de trabalhador que difere da tradicional (Saúde Ocupacional) passiva, de hospedeiro e de paciente, percebendo-o como um agente de mudanças, com saberes e vivências acumuladas sobre seu trabalho. Como agente teria a capacidade de transformar a sua realidade de trabalho, através da reivindicação de direitos, da

participação no controle da nocividade do trabalho; da definição da metodologia de intervenção sobre o real (BERLINGUER, 1978).

A MSL, como uma corrente marxista, introduz o trabalho como categoria fundamental para o entendimento da determinação social do processo saúde-doença. Compreende o trabalho, sob o capitalismo, como o causador do desgaste da saúde do trabalhador. O processo de trabalho, e não somente os riscos ambientais e externos ao trabalhador, passa a representar o *locus* da intervenção com vistas a preservar e promover a saúde. O processo de trabalho é uma categoria social e histórica e é este o cenário onde se inscreve a saúde do trabalhador (LAURELL & NORIEGA, 1989).

Vários países tiveram avanços na legislação de saúde e segurança, na direção desta ocorrida na Itália: EUA (1970), Inglaterra (1974), Suécia (1974), França (1976), Noruega (1977), Canadá (1978), entre outros. Estes avanços reconhecem direitos dos trabalhadores, entre os principais: direito à informação (sobre riscos, medidas de controle, exames médicos,...); direito à recusa ao trabalho (quando existir risco grave); direito à consulta prévia (pelo patrão, antes de realizar mudanças tecnológicas, organizacionais,...); direito à participação (escolha de tecnologias, profissionais de saúde e segurança). (Mendes; Parmeggiani; Roustang; Assenato & Navarro; Baetjer; Oddone; Reich & Goldman; apud MENDES & DIAS, 1991).

O processo de democratização, assim como a formação do operariado industrial urbano ocorridos nos países da América Latina, inclusive o Brasil, foi o “caldo de cultura” onde cresceu e proliferou a luta pela saúde no trabalho, influenciando as políticas e instituições estatais e marcando um novo patamar de relações Estado-Sociedade do início dos anos 80, até o auge deste processo, a grande articulação política pela defesa de direitos no processo da Constituinte (LACAZ, 1996).

Nascido da crítica ao campo da Saúde Ocupacional e procurando afirmar um modelo com corte de classe,

*“que feixe de relações constituiria a Saúde do Trabalhador-Saúde no Trabalho? Pelo menos algumas podem ser já identificadas: relações políticas que englobariam o extra-discursivo como a situação dos indicadores sanitários de agravos à Saúde no Trabalho; a capacidade de organização dos trabalhadores; as políticas no campo da saúde e trabalho; o grau de desenvolvimento sócio-econômico de uma dada sociedade e a apropriação de seus frutos; as formas*

*predominantes de gestão do trabalho e a própria produção de conhecimento no campo” (LACAZ, 1996, p118).*

A Saúde Ocupacional cumpre o papel de fazer o discurso apaziguador sobre a exploração de classe que determina a exploração do trabalho e, por consequência, a ocorrência de elevado número de “acidentes” e doenças do trabalho. Faz isto ao definir/tratar o trabalho como fonte de recursos, ou seja, rendimento que permite ao trabalhador satisfazer suas necessidades. Deste modo, o trabalhador é considerado um assalariado, com atributos como renda e educação, definidos na esfera da troca, distribuição e consumo, mais do que no mundo da produção. O trabalho como uma atividade e uma relação social não aparece neste cenário teórico. Os cidadãos são definidos como consumidores, mais do que como trabalhadores(...) [esta representação] tem consequências sobre as estratégias de intervenção social nos países capitalistas, as quais são principalmente dirigidas para a compensação monetária do dano causado. Vende-se a saúde, a morte e a doença são indenizadas (NAVARRO, Apud LACAZ, 1996).

Estabelecendo uma aliança entre técnicos militantes, governos de esquerda e movimento sindical, o campo da Saúde do Trabalhador nasceu com fortes componentes de “politicidade”. A superação do assistencialismo médico, herdado da ditadura militar e do Estado Novo, foi elemento importante para a luta sindical. Assim, foram fundamentos, com base no Modelo Operário Italiano, do campo no Brasil:

- a) o “controle” que os trabalhadores passaram a exercer sobre serviços de Saúde do Trabalhador, incluindo gestão, controle e avaliação;
- b) o “acesso” a informações sobre o atendimento;
- c) ações de “vigilância” em ambientes de trabalho, conjunta entre técnicos do estado e dirigentes/militantes sindicais;
- d) “valorização” do conhecimento operário

O pano de fundo destes avanços na atuação de técnicos e trabalhadores foi a *“compreensão de que o processo de trabalho traz danos à saúde que ultrapassam o horizonte de visibilidade da Saúde Ocupacional,..., numa visão ambientalista de causação, percebendo outras determinações para o sofrimento, o mal estar e a doença, relacionando-as às relações sociais que se estabelecem no processo produtivo” (LACAZ, 1996, p.42).*

As duas grandes referências teóricas que dão forma ao campo da Saúde do Trabalhador têm diferenças significativas, conforme se vê no quadro comparativo “Modelos para Conhecimento da Saúde no Trabalho” (quadro1, anexo2), conforme Laurell, o Modelo

Operário não apresenta uma diferenciação epistemológica entre teoria e prática, nele a teoria torna-se imediatamente prática e vice-versa. Frequentemente assinala-se a importância de generalizar a experiência do Modelo Operário, mas isto tem sido entendido como transmissão e socialização das observações e não como um processo de teorização. Assim, fica de lado o nexos fundamental entre teoria e prática (LAURELL, 1989).

Por ocorrer esta falta de teorização no Modelo Operário, que enfatiza a experiência operária e a não delegação, acaba respaldado o conhecimento científico formal neste campo, pois este conhecimento poderia prever, adotando a consulta aos operários como método, as situações de risco a que os operários estão expostos.

A ausência de teorização torna a experiência vivida em algo pessoal, partilhada por outras pessoas, mas não passa a ser memória definitiva de classe, que possa ser recuperada nos momentos em que a correlação de forças permita avançar as posições dos trabalhadores (LAURELL, 1989).

Outra crítica importante da MSL ao Modelo Operário é a utilização que este último faz do conceito de “risco”, tomado do campo de Saúde Ocupacional sem a devida crítica, nas palavras de Breilh:

*“Existen efectivamente riesgos en un centro laboral, pero no cubren la totalidad de los procesos determinantes. La organización y división del trabajo que se cumple en una fábrica automotriz con línea de montaje, por ejemplo, no es cubierta adecuadamente por el concepto de riesgo porque constituye un proceso determinante, de carácter necesario y permanente y no un simple peligro contingente o probable...o uso da palavra risco está associado a uma noção restritiva e estática dos elementos nocivos do trabalho” (BREILH, apud LACAZ, 1996, p158).*

A MSL problematizou o que a literatura científica tradicional (Saúde Ocupacional) considera como simples indicador do impacto sobre os trabalhadores. Para esta corrente a análise da relação entre trabalho e saúde não foi o ponto de partida, mas o ponto de chegada, pois colocou a necessidade de entender a saúde-doença não somente como um processo biopsíquico, mas, sobretudo, como um processo social (LAURELL & NORIEGA, 1989). Para a MSL, o objeto de estudo da Saúde do Trabalhador é o processo de reprodução e suas consequências para a saúde da força de trabalho, o que inclui o estudo do homem desde uma perspectiva coletiva e social (NORIEGA, 1989, apud LACAZ, 1996).

A Saúde do Trabalhador é um campo em construção que procura sua identidade por referência à Saúde Ocupacional e à Medicina do Trabalho, que situam sua abordagem na Clínica, na Medicina Preventiva e na Epidemiologia, transpondo a História Natural da Doença para a avaliação dos acidentes e doenças do trabalho, utilizando a tríade “agente-hospedeiro-ambiente” para orientar a atuação dos Serviços Médicos das Empresas (MENDES, 1980 ; LACAZ, 1996).

A participação dos trabalhadores nas questões de saúde tem “posto em xeque” vários conceitos e procedimentos consagrados pela Saúde Ocupacional, como: o valor dos exames médicos pré-admissionais e periódicos, utilizados para discriminar trabalhadores; os “limites de tolerância”, cuja fundamentação “científica” é questionada e desmoralizada; o conceito de “exposição segura” é abalado (MENDES & DIAS, 1991).

O campo da Saúde do Trabalhador tem se colocado, principalmente com o aporte teórico da MSL, na busca de conhecimentos transformadores, de uma nova prática, que responda à incapacidade da Saúde Ocupacional de analisar/modificar as causas das doenças/acidentes do trabalho.

Na conclusão de sua tese, LACAZ define o campo da Saúde do Trabalhador como:

*“[sendo derivada de] componentes econômicos, sociais, tecnológicos, organizacionais e ambientais, sendo dotada de historicidade, em que o perfil de morbi-mortalidade, de sofrimento e mal-estar dos coletivos de trabalhadores, bem como o controle da nocividade, das cargas e desgaste do processo de trabalho são determinados pelas relações político econômicas e sócio-culturais estabelecidas entre capital e trabalho em cada sociedade concreta” (LACAZ, 1996, p411).*

A Saúde do Trabalhador é um campo, segundo Lacaz, de “extrema politicidade”, é um campo militante, que busca, de acordo com a tradição marxista, transformar a realidade e não apenas estudá-la de forma pretensamente neutra, como fazem os técnicos ligados ao campo da Saúde Ocupacional.

Neste campo novo, complexo, atuando sobre o conflito/contradição entre capital e trabalho emerge um conceito próprio da Saúde do Trabalhador, que propõe, inclusive, nova nomenclatura para os termos tradicionais:

VIST (Vigilância em Saúde do Trabalhador): em lugar dos conceitos de fiscalização (próprio do setor trabalho) e vigilância sanitária (tradicional do setor saúde), conceito



construído nos marcos da Saúde do Trabalhador, a VIST atua sobre as macro-determinações sociais, sobre a contradição entre capital e trabalho e também sobre a singularidade de cada trabalhador (biológica) (LAURELL, apud PINHEIRO, 1996). O objeto da VIST é a vigilância dos processos de trabalho, de seus determinantes e impactos sobre a saúde dos trabalhadores (PINHEIRO, 1996).

O termo AT (Acidente do Trabalho) é o mais utilizado, na literatura de língua portuguesa, para designar a lesão causada no trabalhador em função do trabalho. Este termo é carregado de conteúdo ideológico, faz parecer que o ambiente e processo de trabalho são naturais e, portanto, qualquer alteração da pretensa normalidade constituiria um “acidente”.

Além disso, o “acidente” tem uma clara conotação de acaso, destino, que cumpre o papel de desincumbir o capital da responsabilidade pelos fatores geradores da lesão ocorrida no trabalho. Por último, a área da Saúde Ocupacional adaptou (de forma simplista) de uma pesquisa americana a categoria “ato inseguro”, que agrega ao “acidente” a responsabilidade humana, isto é, do indivíduo humano que trabalha, responsabilizando a vítima do “acidente” pela causa do mesmo.

Outras línguas tem as seguintes designações<sup>3</sup> (mais utilizadas) para descrever o evento que em português se denomina comumente “acidente do trabalho”: accidentes de trabajo (espanhol), accident du travail (francês), ungluck ou unfall (alemão), infortunio sul lavoro (italiano), injury(inglês) e ro-o do saigai (japonês). Destes termos, a grande maioria tem o mesmo significado ou idéia aproximada do termo em português (acidente, infelicidade, infortúnio), à exceção dos termos em inglês e em japonês: ro-o do saigai pode ser traduzido como “dano ou mal do trabalho” e não tem o sentido de culpabilizar o trabalhador; injury pode ser traduzido como “dano ou prejuízo” (causado pelo trabalho).

Corrêa (1993), refere que o termo “lesão” tem sido utilizado em lugar de acidente e designaria um “dano funcional ou estrutural ao organismo decorrente da transferência excessiva, localizada ou súbita de energia, por agentes ou processos externos” (CORRÊA, 1993, p188).

No nosso entendimento o termo “lesão” não dá a amplitude que seria necessária para indicar o evento, ou seja, retira a fatalidade, mas não designa o dano causado pelo trabalho no trabalhador na forma de lesão.

Em síntese, o termo “acidente do trabalho” serve aos propósitos do capital, ao dar uma conotação de destino, metafísica a eventos que, segundo Marx, ocorrem com a

regularidade das estações do ano. Os termos em inglês e japonês, que designam dano, mal e prejuízo do trabalho representam melhor o evento e são indicadores para a necessidade que temos de encontrar um termo que designe mais apropriadamente o evento “acidente do trabalho” nos marcos da Saúde do Trabalhador. Nesta dissertação seguiremos utilizando AT, com as ressalvas acima, por ser o termo mais utilizado na literatura de língua portuguesa e por não termos encontrado uma denominação mais adequada nos marcos referidos.

---

<sup>3</sup> Contribuíram na tradução e indicação de uso mais comum em cada língua: Emilio Volturo (italiano), Marco

## **2.2 HISTÓRIA DA LUTA PELA SAÚDE DOS TRABALHADORES NO BRASIL**

Na sociedade capitalista a preservação da vida e da saúde dos trabalhadores têm sido pauta de muitas lutas. No Brasil, periferia do sistema capitalista mundial, a conquista e manutenção de direitos básicos está associada a lutas permanentes.

A Constituição de 1891 reafirma a não intervenção do Estado no mercado e nas relações de trabalho. Conforme Segatto, “a regulamentação das relações entre trabalhadores e patrões era vista como prejudicial e atentatória à livre circulação de mercadorias, mais especificamente à compra e venda da força de trabalho. Por isso a legislação trabalhista praticamente inexistia” (SEGATTO, apud ROCHA, 1996, p.85).

Arautos do neoliberalismo, que se nomeiam porta vozes da pós-modernidade, utilizam hoje em dia argumento do século XIX. Moderno, para o capital, sempre significou a melhor forma de auferir lucro.

As condições de trabalho eram precaríssimas, os acidentes freqüentes, os trabalhadores adultos eram multados por indolência ou erros cometidos e as crianças eram surradas (DEAN, apud ROCHA, 1996).

No início do século, o papel do Estado no controle das condições de trabalho se dava através de campanhas sanitárias de saneamento dos portos, no sentido de erradicar a malária e a febre amarela, buscando o desenvolvimento da economia agrária exportadora (REBOUÇAS, 1989).

No período de 1901 a 1914 ocorreram 129 greves, sendo 91 em São Paulo. Em 1917 ocorreram greves em praticamente todos os setores de atividade por melhores condições de trabalho. A partir das grandes manifestações ocorridas em 1917 e 1918 e de grandes pressões dos países desenvolvidos, tementes do bolchevismo revolucionário se espalhar pelo mundo, o Estado começa, em 1919, a intervir nas relações de trabalho: surge a primeira Lei sobre

Acidente do Trabalho, após quatro tentativas frustradas (duas em 1904, uma em 1908 e outra em 1915). A proteção disposta nesta lei era bastante reduzida. Não previa indenização das doenças relacionadas às condições de trabalho (mesopatias), somente às doenças profissionais típicas. Era exigido que o acidente de trabalho representasse a causa única da incapacidade e não se estabelecia a obrigatoriedade do seguro, cabendo a responsabilidade indenizatória aos patrões. (ROCHA, 1996; RIBEIRO & LACAZ, 1984).

Até 1930, as manifestações dos trabalhadores obtiveram conquistas quanto à regulamentação do trabalho das mulheres e dos menores, à redução da jornada de trabalho e à regulamentação da prevenção e indenização de acidentes do trabalho. Em 10 de julho de 1934, época de acelerada industrialização, editou-se a segunda lei de acidentes do trabalho, a qual aboliu a exigência de o acidente do trabalho ser a causa única da incapacidade, amparou também as mesopatias e garantiu o pagamento das indenizações através de contrato de seguro (RIBEIRO & LACAZ, 1984). No período de 1930 a 1945, os sindicatos são atrelados ao Estado de Getúlio Vargas e diminuem a combatividade. Mesmo assim, em 1943, foi criada a CLT (Consolidação das Leis Trabalhistas), que reúne a legislação trabalhista e é a base para as Normas Regulamentadoras de Segurança e Medicina do Trabalho, estabelecidas em 1978 e vigentes até hoje (NUNES & ROCHA, 1996). Neste período, as lutas sindicais arrefecem, devido à despolitização do movimento sindical feita pela mão forte da ditadura, entretanto, paradoxalmente, começam a vigor direitos trabalhistas assegurados na CLT, o que aliviou, de certa forma, os movimentos reivindicatórios.

Em 10 de novembro de 1944, foi publicado o decreto-lei número 7036, que representou a terceira lei de acidentes do trabalho, estatuto que mais se empenhou no sentido de proteger os trabalhadores. Ampliou o âmbito das indenizações, consagrou a teoria da concausa (causa concorrente e não única), impôs maior controle das seguradoras privadas. Também versou sobre a prevenção de acidentes e higiene do trabalho. Esta lei surgiu nos marcos do populismo de 1944 e representou uma aliança do Estado com as classes “subalternas”, contra determinados setores da classe dominante (REBOUÇAS, 1989; RIBEIRO & LACAZ, 1984).

A produção industrial saltou de 17,5 bilhões, em 1939, para 116 bilhões em 1949. Entre 1945 e 1964 a população operária aumentou 579,2%, enquanto a população geral aumentou 231,6%. Este período foi marcado por enorme crescimento econômico e por uma democratização política, no pós Guerra. O Estado amplia seu papel e caráter populista e os direitos e benefícios dos trabalhadores também crescem. (NUNES & ROCHA, 1996). As

lutas dos trabalhadores voltam a crescer neste período de democracia. O incremento gigantesco da população trabalhadora industrial tem efeito direto na politização do movimento sindical e, no meio rural, os trabalhadores também tem um ascenso das suas lutas, até que o golpe militar derrota mais uma vez os trabalhadores e põem os sindicatos e partidos de esquerda na defensiva ou na ilegalidade.

A quarta lei de acidente do trabalho, corporificada no decreto-lei número 293, de 28 de fevereiro de 1967, cujas normas eram totalmente favoráveis aos interesses das seguradoras privadas, provocaram reações enérgicas em todo o país, tendo existência curta. Já em 14 de setembro do mesmo ano foi publicada a quinta lei de acidentes do trabalho (lei 5316/77), a qual estatizou o seguro acidentário. Porém, diversas conquistas dos acidentados foram preteridas (RIBEIRO & LACAZ, 1984).

O período de 1964 a 1980 tem como marcas indeléveis o golpe militar de 1964, o milagre econômico, que dura de 1964 até 1974 e o ressurgimento do movimento social, nos últimos anos da década de 1970.

No final da década de 70, quando a Ditadura Militar começa a dar sinais de *esgotamento*, nos anos de 1978/79, aparecem as mudanças mais significativas no cenário político, ou seja, a retomada de espaço pelo Movimento Sindical, no ABC paulista a partir das grandes greves de 1978, “que se espalham por grande parte do território nacional nos meses seguintes, rompendo com a camisa de forças que o Regime Militar impunha à “ordem e à segurança”, após um período *surdo* de acumulação de forças que ocorre dentro das fábricas, caracterizado pelas “*operações tartarugas [e] produção de peças defeituosas*” “ (Frederico, 1979 e Humphrey, 1982, apud LACAZ, 1997).

O governo da ditadura desenvolveu uma política de privatização da prestação de serviços da previdência, através da compra de serviços. Segundo Possas (1981) “ao articular o setor público ao setor privado pela subordinação da assistência médica previdenciária à lógica da acumulação, o sistema capitalista concilia duas tendências que se manifestam em seu processo de expansão: de um lado, ao assegurar condições que facilitam a continuidade do processo produtivo, devolvendo rapidamente o trabalhador à produção, reduzindo com isso o absenteísmo; e de outro, favorecendo a transformação da assistência médica em mais um setor capitalista em que a produção dos serviços médicos tem por finalidade essencial a apropriação privada dos lucros”.

Até 1975, o atendimento médico e os registros dos acidentes do trabalho eram de exclusiva competência do INPS, o que foi mudado radicalmente pela Resolução número

900.10 de 17 de outubro de 1975, a qual instituiu o convênio com empresas médicas de capital privado para o atendimento médico. Esta procedimento era realizado mediante pagamento de quantia fixa dos empregadores, que deixavam de recolher 20% de suas contribuições para o INPS. As empresas médicas, buscando lucro, tinham todo o interesse em reduzir o atendimento dos acidentados, os dias de cuidados médicos e o registro de casos, o que veio a beneficiar os próprios empregadores, pois um número excessivo de acidentes obrigava-os a recolher maiores taxas ao INPS (RIBEIRO & LACAZ, 1984).

A transferência das funções do estado para a medicina de grupo permite ao capital:

*“a) seleção de pessoal: existe um interesse semelhante, pois, quanto mais acurada for a seleção dos trabalhadores a serem contratados pela empresa menores serão os atos médicos futuros necessários;*

*b) controle de pessoal: mesmo após a seleção, este papel de controle segue sendo exercido. Assim, é freqüente que um trabalhador, ao ter detectado em si doença grave que vá implicar em atos cirúrgicos mais complexos (e caros) ou internação prolongada, seja demitido, evidenciando o perfeito entrosamento entre a empresa médica e o departamento de pessoal da firma contratante;*

*c) retorno mais rápido após acidente do trabalho;*

*d) política de pessoal mais atraente, oferecimento de serviços com diferentes qualidades, de acordo com a função do trabalhador;*

*e) controle do absenteísmo“(POSSAS,1981).*

O grande crescimento econômico do “milagre”, associado ao arrocho salarial é parte de uma política econômica que, nas palavras do Ministro da ditadura, Delfim Neto, se pautava por “deixar o bolo crescer para então dividir”. Este crescimento dura até 1974, quando ocorre a crise internacional do petróleo(ROCHA, 1996b).

O operariado no período 1970-1976 passa de 2.600.000 para 4.900.000, na indústria de transformação e extrativa (PEREIRA, apud ROCHA, 1996b). O Estado mantém o movimento sindical sobre controle intenso e este começa a se libertar ao tempo em que passa a realizar uma série de greves e mobilizações, que forçam a ditadura a ampliar a participação dos trabalhadores. Nos anos de 1974 e 1975 a saúde foi tema importante para o governo, que inseriu matérias oficiais sobre a prevenção de acidentes do trabalho, para sensibilizar a população (RIBEIRO, apud ROCHA, 1996b).

Neste período o governo teve como política incentivar a formação dos chamados médicos e engenheiros do trabalho e supervisores de segurança e desencadeou campanha de prevenção massiva, cuja filosofia era centrada no preconceito de que os acidentes se deviam aos chamados atos inseguros praticados pelo trabalhador. “Os trabalhadores se auto mutilariam”( RIBEIRO & LACAZ, 1984).

No início da década de 1970 o Brasil apareceu como recordista mundial de acidentes do trabalho, o Governo explicou este fenômeno como sendo um preço a pagar pelo grande desenvolvimento econômico. No entanto, o número de trabalhadores não cresceu na mesma proporção dos acidentes e a explicação mais adequada para o fenômeno seria a intensificação do trabalho, associada a uma precarização das condições de trabalho, um grande arrocho salarial e o controle dos sindicatos pelo Estado (COHN, 1985).

Em 1976, o Governo militar promulgou a Lei 6.367 de Acidentes do Trabalho, cuja principal característica é determinar que os 15 primeiros dias após o acidente do trabalho devem ser pagos pelo empregador, e não mais pelo Estado, como vigia antes desta lei. A partir de então, os acidentes mais “leves”, ou seja, que necessitavam de menos de 15 dias de afastamento, foram deixando de ser notificados. Não havia mais interesse das empresas em notificar, uma vez que não teriam benefício nenhum por fazê-lo. O MPAS (Ministério da Previdência e Assistência Social) registrou queda de 400 mil acidentes entre 1975 e 1978, numa redução média anual de 100 mil acidentes, tendência que se manteve nos anos seguintes. O governo interpretou as mudanças nas estatísticas como fruto da “campanha educativa” e da fiscalização rigorosa sobre os atos inseguros (RIBEIRO & LACAZ, 1984).

Uma prova de que esta queda na notificação foi só um artifício legal e não uma mudança da realidade é o fato dos acidentes graves e fatais não terem diminuído na mesma proporção, questão melhor discutida no item, a seguir, sobre Acidentes do Trabalho no Brasil. Segundo Possas (1981), a economia do INPS (Instituto Nacional da Previdência Social), com a aplicação desta lei, foi de 53% no custo unitário dos acidentes, nos anos de 1976 e 1977.

O movimento dos trabalhadores, a partir do fim dos anos 60, passa a superar a estratégia reparacionista e a lógica de monetização dos riscos, buscando então estruturar sua ação centrada na luta pela saúde no trabalho (REBOUÇAS, 1989).

Nos últimos anos da década de 1970, a postura do movimento sindical, com relação às questões de saúde, pode ser agrupada em 5 grandes frentes:

*“1) atuação mais eficiente das CIPAS (Comissões Internas de Prevenção de Acidentes), procurando cipeiros vinculados aos sindicatos e tirando o caráter “fantasma” das CIPAs; 2) criação de Departamentos de saúde e trabalho nos sindicatos, com a contratação de técnicos; 3) realização de debates, seminários, cursos, visando difusão da informação sobre os riscos à saúde para desenvolver a consciência e mobilização dos trabalhadores; 4) inclusão de cláusulas que resultem na melhoria das condições de trabalho nos acordos coletivos; 5) participação ativa nas mudanças jurídico-institucionais no processo em curso de Reforma Sanitária” (ROCHA, 1996b).*

No início da década de 1980, o Brasil passou por grandes transformações políticas, que tiveram papel importante para definir a forma atual de consumo da força de trabalho pelo capital. A transição da ditadura para a democracia estava se iniciando e se completou somente em 1989 com as eleições diretas. Entretanto, a democracia instalada é a democracia burguesa, onde o poder econômico tem supremacia sobre o político.

Neste período de grandes turbulências foram criados um partido dos trabalhadores, o PT, e uma central sindical dos trabalhadores, a CUT. Estes novos elementos na luta de classes aumentaram o poder da força de trabalho em defesa da própria vida (dos trabalhadores), todavia, a correlação de forças permaneceu sendo extremamente favorável ao capital, que fez valer seus direitos.

Internacionalmente surgem movimentos em defesa da saúde, que influenciam a definição de políticas públicas no Brasil, inclusive no campo da Saúde do Trabalhador. A Conferência Mundial de Saúde de Alma Ata, de 1978, determina proposições da Organização Mundial da Saúde (OMS):

*“surgem propostas específicas para a atenção à saúde de grupos populacionais de trabalhadores, particularmente os rurais, mineiros e migrantes. Ainda em 1983 o organismo da OMS para as Américas, a Organização PanAmericana da Saúde (OPAS), lança o Documento “Programa de Acción en la Salud de los Trabajadores” (OPAS, 1983) com diretrizes para a implantação de programações em saúde na rede pública de serviços sanitários e voltadas para aqueles que trabalham” (LACAZ, 1997).*



Dentro do mesmo movimento internacional, a Organização Internacional do Trabalho (OIT) adota recomendações sobre Saúde no Trabalho que influenciam, anos depois, as políticas do Ministério do Trabalho no Brasil:

*“em sua 71<sup>a</sup> Conferência Internacional do Trabalho, em 05/06/1985, a Convenção nº 161 e a Recomendação nº 171 denominadas respectivamente "Convenção e Recomendação sobre os Serviços de Saúde no Trabalho", cujas principais características são o princípio da ampla participação dos trabalhadores, a atuação em equipes multiprofissionais e a sua implementação principalmente a partir de políticas públicas (OIT, 1985), ao contrário do que propunha a Recomendação OIT nº 112 de 1959, relativa aos Serviços de Medicina do Trabalho de caráter privado e que "inspiraram" 15 anos depois, em 1975, a criação dos Serviços Especializados de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMETs) no Brasil. Frise-se que as proposições de 1985 acompanham uma tendência internacional de ampliação de direitos dos trabalhadores (Parmegianni, 1985), conseqüente de sua luta política e abolem a Recomendação da OIT de 1959. A Convenção nº 161 foi ratificada pelo Brasil através do Decreto do Executivo nº 127 de 22/05/1991” (LACAZ, 1997, p 3).*

No Brasil, como instrumentos específicos da luta sindical pela saúde dos trabalhadores, deve ser destacada a criação do DIESAT (Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho), em 1979, e do INST (Instituto Nacional de Saúde no Trabalho) da CUT, em 1988.

O DIESAT teve o importante papel de “subsidiar os sindicatos na discussão sobre a superação da estrutura sindical voltada para o assistencialismo, teimosa herança do Estado Novo, transformando-a em meados dos anos 80 nas assessorias sindicais em saúde e trabalho, importante instrumento de luta pela saúde no trabalho e na sua relação com o Estado” (LACAZ, 1997, p3).

A Constituição Federal de 1988 marcou outro capítulo relevante na definição de direitos da força de trabalho, especialmente ao definir, no artigo 200, o SUS (Sistema único de Saúde) e descrever entre as suas atribuições, a de promover ações de saúde do trabalhador, tema que será melhor discutido no capítulo seguinte.

## 2.3 A SITUAÇÃO ATUAL DA SAÚDE DO TRABALHADOR

*“O capital não tem a menor consideração pela saúde e pela vida dos trabalhadores, a não ser quando a sociedade o compele a respeitá-las. À queixa sobre a degradação física e mental, morte prematura, suplício de trabalho levado até a completa exaustão responde: Por que nos atormentamos com esses sofrimentos, se aumentam nossos lucros? “ (MARX, 1988).*

### 2.3.1 Na época da automação

Sob o capitalismo, o trabalho é alienado e a saúde dos trabalhadores sujeita ao uso deformado e deformante tanto do corpo quanto das potencialidades psíquicas. Assim, o componente desgastante do trabalho é muito maior que o da reposição e desenvolvimento das capacidades. A combinação entre o desgaste e a reprodução determina a constituição das formas biopsíquicas humanas historicamente específicas. Estas, por sua vez são o substrato geral que determina as doenças comuns a cada grupo, conhecido como o perfil patológico de um grupo social (LAURELL & NORIEGA, 1989).

O trabalho, entretanto, possui a dupla forma, de trabalho abstrato, ou quantitativo, formador do valor das mercadorias e de trabalho concreto, ou qualitativo e produtor de valores de uso. O trabalho abstrato causa o esgotamento e desgaste de energia, mas, o trabalho concreto tem um papel transformador no homem, produtor de saúde, posto que- segundo Siegerist- “es un factor poderoso en nuestra salud, equilibra nuestra vida diaria y determina su ritmo”. Os músculos que não se usa se atrofiam, o cérebro inativo se deteriora. Os desocupados adoecem com mais frequência não só pelo seu nível de vida mais baixo, mas porque tem seu ritmo de vida transtornado. Assim surgem as “doenças do desemprego”, típicas do capitalismo e acentuadas nos períodos de crise (GARCIA, 1983).

O desgaste do trabalho é um problema para o capital, uma vez que “deteriora” as características da mercadoria força de trabalho, prejudicando os resultados da produção. O desgaste é um problema para o trabalho, pois o seu resultado é a diminuição da saúde e da vida dos trabalhadores.

Identificar a forma que se expressa o processo de desgaste de uma coletividade de trabalhadores depende da análise das relações entre o processo de valorização, o processo de trabalho e as cargas de trabalho no marco da correlação de forças entre capital e trabalho (LAURELL & NORIEGA, 1989).

Ocorre constantemente uma disputa sobre como usar a força de trabalho. Esta disputa diz respeito a como o valor produzido será distribuído entre mais valia e salário. Desta forma, se para o capital o processo de trabalho é o meio do processo de valorização, para o trabalho é o âmbito primário da luta contra a exploração. Para ambos este processo é inevitável e, portanto, um espaço indiscutível de confronto (GILLY, apud LAURELL & NORIEGA, 1989).

Conforme previsto por Marx, em O Capital, a época em que vivemos, onde a automação está amplamente difundida, leva ao paroxismo o exército industrial de reserva. Os desempregados e os sub-empregados existem em número antes jamais visto e continuam a aumentar na razão direta do avanço da automação. Os trabalhadores empregados nas indústrias de ponta, automatizados, têm a atenção, ou o estresse, requeridos cotidianamente, além de pressões por produtividade e ameaça constante de desemprego.

A implantação da automação e da sua forma de gestão, como os círculos de qualidade, é apresentada como sendo libertadora da fadiga e criadora de maior autonomia, entretanto, no Japão, onde a automação foi mais longe, cresce o desinteresse pelo trabalho e surgem doenças do trabalho mortais, associadas à fadiga e ao esgotamento nervoso (Karoshi). A

organização do trabalho implica na imobilidade do trabalhador, que executa tarefas monótonas, que não requerem inteligência, mas exigem atenção extrema. A diminuição do esforço físico vem acompanhada de grande desgaste mental, levando o operário automatizado a situações de fadiga sensorial e nervosa, ao aborrecimento, solidão e estresse (SOURY, apud COGGIOLA&KATZ,1996;.COHN&MARSIGLIA,1993).

Neste cenário de crise do capital, a exploração do trabalho é aprofundada e o seu caráter de mercadoria aparece mais do que nunca. O Estado, sob o capitalismo, tem a função de garantir esta exploração. Tal e qual as outras mercadorias, o trabalho existe em grande quantidade, com baixa qualidade e com preço baixo, “sobra” no mercado e tende a estragar/morrer por falta de consumidor. O preço baixo da mercadoria força de trabalho se deve ao baixo custo da sua produção.

Uma diferença fundamental das mercadorias-coisa prá mercadoria-gente é que esta tem vontade própria e não se deixa morrer de fome, antes tenta, de todas as maneiras, sobreviver, o que inclui assaltar e matar. Esta “vontade” de viver introduz um elemento de caos na ordem capitalista, este caos, conforme Marx, leva à destruição do capitalismo, ou pela barbárie ou pela Revolução.

Contraditoriamente com o avanço da automação, como é próprio do capital, hoje em dia a produção artesanal e manufatureira são importantes em muitos países, na produção de artigos “populares”. Esta produção é feita em pequenas empresas, similares àquelas da Inglaterra no século XIX, onde a falta organização sindical tem permitido um alto grau de exploração que passa despercebido(GARCIA, 1983).

A crise agrava as condições de saúde da população trabalhadora em geral, entretanto, as diferentes inserções de cada grupo no processo produtivo origina um agravamento diferencial quanto ao tipo de patologia. Assim, os padrões são diferentes entre os grupos expulsos da produção, os envolvidos nas empresas em baixa e os que trabalham nas empresas favorecidas pela política econômica. Nos dois primeiros grupos de trabalhadores, a patologia psíquica tem um peso muito importante, enquanto entre os trabalhadores da indústria favorecida, os acidentes de trabalho e as doenças por posição corporal e esforço físico adquirem grande importância (LAURELL & NORIEGA, 1989).

Nos EUA, a carga horária de trabalho de 1996 é maior do que a de 1983, devido ao uso de horas-extra, ao trabalho autônomo e à terceirização (POCHMANN, 1999). Outra modificação importante se dá na jornada de trabalho dos trabalhadores “on line” ou “just in time”, que devem estar à disposição 24 horas por dia (de celular ou pager ligados),

acrescendo, assim, à tensão de estar o tempo todo à disposição à negação de qualquer privacidade(OLIVEIRA, 2000).

Além de deteriorar a saúde dos trabalhadores, as fábricas tem deteriorado o meio ambiente

*“[com tal] magnitud em lãs últimas décadas que há puesto em peligro lãs condiciones de vida de la própria burguesia, produciendo uma relacción, especialmente em los países más desarrollados...[no entanto] no considera el problema Del primer afctado, el obrero, y se orienta a la salvación de la naturaleza...la resposta de los capitalistas há sido trasladar la producción nociva a otros países donde la legislación es menos estricta” (Elling, apud GARCIA, 1983).*

Com o discurso da liberdade empresarial, muitos empregados foram demitidos e continuaram a trabalhar para a mesma empresa, como autônomos, onde prevalece a ausência de quaisquer garantias. Na verdade, este trabalho aprofunda a subordinação ao grande capital, uma vez que o “autônomo” depende de uma única empresa, por vezes a antiga empregadora. A antiga empregadora economiza, assim, a contribuição previdenciária e paga ao autônomo por produção, o que é sempre menos que o salário (KURZ, 1999).

Na classe trabalhadora, os efeitos da flexibilização acentuam a divisão entre os trabalhadores. No centro do processo produtivo estão os mais qualificados, os quais diminuem cada vez mais de contingente, permanecem em tempo integral dentro da empresa e, têm vantagens com relação aos outros trabalhadores: salários mais altos, benefícios de saúde, segurança e sociais. Na periferia do sistema produtivo encontram-se os menos qualificados, com habilidades disponíveis no mercado. São trabalhadores manuais, que exercem tarefas rotineiras. Entre estes dois grupos estão os trabalhadores com maior flexibilidade, com jornadas parciais, emprego casual, contrato por tempo determinado e subcontratos (HARVEY, 1992).

*““O contrato é o selo da inviolabilidade do ordenamento político e social existente, visto que ele “não vincula apenas os vivos, mas os vivos, os mortos e aqueles que ainda não nasceram”” (HEGEL, apud LOSURDO, 1988, p89).*

A opressão e o desgaste da classe trabalhadora, em função do trabalho, são negadas pelo apologistas do capital e do livre mercado por referência à liberdade do contrato. No

Estado moderno, entretanto, essa “liberdade contratual” é limitada pela legislação estatal e pelas associações de trabalhadores (LOSURDO, 1988).

Uma característica fundamental, no capitalismo dos nossos dias, é a precarização do trabalho, ou rompimento dos contratos, por parte do Estado e do capital, este rompimento, conforme Dejours: intensifica o trabalho e aumenta o sofrimento subjetivo; neutraliza a mobilização coletiva contra a dominação/alienação; cria a “estratégia defensiva do silêncio, da cegueira, da surdez”, isto é, negasse o sofrimento alheio e cala-se sobre o seu; cultiva o individualismo (DEJOURS, 1998).

Enquanto caminhamos a passos largos para o desfecho da crise do modo de produção capitalista, que já não comporta as imensas forças produtivas que desenvolveu, os trabalhadores seguem sendo mais e mais aviltados nos seus direitos, especialmente no direito à saúde e à segurança no trabalho.

Nos tempos neoliberais, em que o Estado se exime cada vez mais do seu papel fiscalizador das condições de trabalho e o movimento sindical combativo perde forças e se posta na defensiva, as condições insalubres e de segurança precária tendem a aumentar cada dia mais, como forma de maximizar o lucro do capital, diminuindo os investimentos em medidas de segurança.

Sempre que o Estado interveio no capital, para regulamentar a jornada de trabalho, o trabalho de crianças, as atividades insalubres, a proibição de uso de materiais tóxicos, etc, os capitalistas protestaram violentamente contra a violação da liberdade de contrato. Na defesa desta liberdade, de exploração do trabalho, a existência de organizações sindicais foi proibida por todo um período histórico (LOSURDO, 1988 ; MARX, 1988).

### 2.3.2 No Brasil de Hoje

Conforme Marx descreveu, em *O Capital*, o modo de produção capitalista ao se desenvolver gera necessariamente uma superpopulação relativa, o Exército Industrial de Reserva. Quanto maior a riqueza social e a energia do seu crescimento, maior este Exército de Reserva e o pauperismo a ele associado. Tal é a Lei geral da acumulação capitalista.

O Brasil do século XXI parece ser uma boa síntese do mundo globalizado. Aqui coexistem as mais díspares formas de exploração do trabalho. Nos setores de ponta estão as indústrias multinacionais e grandemente automatizadas, onde se encontram os empregos

melhor remunerados e com maiores requisitos de qualificação profissional. No outro extremo do espectro do mundo do trabalho está o trabalho precarizado, onde a queda do valor real do salário e a perda de direitos trabalhistas são características centrais, dentre as variadas formas sob as quais se apresenta o trabalho precarizado se inclui o trabalho escravo<sup>4</sup>.

No Brasil, a partir dos anos 80, inicia-se um movimento de desestruturação do mercado de trabalho. Na década de 90, os sinais de desestruturação assumem maior destaque, consolidando a tendência de redução do assalariamento com registro e de expansão do desemprego e de ocupações não organizadas (formas de ocupações mais heterogêneas, cuja organização não assume característica tipicamente capitalista). Em cada 10 ocupações geradas entre 1989 e 1995, apenas duas eram assalariadas, sendo oito não-assalariadas, das quais cinco de conta própria e três de ocupações sem remuneração (POCHMANN,1999).

Em 1989 os assalariados representavam 64% da PEA e em 1995 passaram a representar 58,2%, refletindo um movimento de eliminação de empregos com registro. Os empregos assalariados sem registro tiveram uma taxa de crescimento média anual de 3,12%. Além do dessalariamento, pode-se observar o crescimento da subutilização da força de trabalho. Em 1989 representava 32% da PEA e em 1995 passou a 38%, sendo o crescimento do desemprego, uma das principais razões dessa subutilização (POCHMANN,1999).

Segundo a metodologia da Fundap/Dieese (Fundação de Desenvolvimento Administrativo/ Departamento Intersindical de Estatísticas e Estudos Socioeconômicos) os níveis de desemprego nas metrópoles são os seguintes: 18,6% em São Paulo, 20% em Recife e Belo Horizonte e 25% em Salvador. Estes níveis foram obtidos no governo Fernando Henrique Cardoso e seguem irredutíveis desde 1997. O índice de “desalento” (conceito que enquadra pessoas que não mais procuram emprego, depois de tê-lo feito por mais de 36 semanas) está crescendo; em Recife este número chegou a 4,2% da PEA, caracterizando um fenômeno de longa duração (OLIVEIRA, 2000).

Neste período, de 1989 a 1995, a quantidade de desempregados no Brasil aumentou cerca de 16% em média a cada ano, um acréscimo de 442 mil pessoas por ano. Houve perda de ocupações urbanas no setor organizado 67% para 60% da PEA e ampliação da participação do segmento não organizado (taxas de crescimento médio anual de 5,2%. Para cada 10 postos de trabalho criados entre 1989 e 1995, 11 foram do segmento não organizado e -1 do segmento organizado. A evolução da distribuição da PEA no período 1989-1995 foi a

---

<sup>4</sup> Segundo a Comissão Pastoral da Terra, nos anos de 1995 e 1996 ocorreram, na área rural do Brasil, cerca de 51 mil casos de trabalho escravo. (Folha de São Paulo, 21 de julho de 1998)

seguinte: empregadores( 4,2% - 3,9% ), conta própria (21,2% - 22,4% ), sem remuneração (7,6% - 9% ), assalariado com registro (38,3% - 30,9% ) , assalariado sem registro (25,7 %- 27,3% ), desempregado (3,0% - 6,4% ), taxa de subutilização ( conta própria, sem remuneração e desempregado) (31,8% - 37,8%) (POCHMANN,1999).

Entre o emprego formal e o desemprego, vem cada vez mais crescendo um setor difuso, informal e a cada dia vem sendo gestadas novas formas híbridas entre emprego formal e as relações de trabalho precárias. Segundo KURZ(1999), as palavras de ordem do novo sistema de emprego, um sistema disperso e confuso são flexibilização e subemprego múltiplo. As pessoas transformam-se em nômades do mercado, incapazes de criar raízes sociais, alternando-se entre empregos subordinados e “autônomos”. As fronteiras entre o trabalho assalariado e a livre iniciativa perdem a nitidez, surgindo cada vez mais pseudo-autônomos, sem capital, subordinados a empresas, em obediência ao mandamento de transferir riscos e delegar a responsabilidade aos mais fracos. Os indivíduos se tornam universalmente explorados e solitários e *"a nova responsabilidade pelo risco não é instigante e sim aterradora, pois o que se arrisca é a própria vida"*(CORREA, 2000).

A informalização não é um resquício de formações pré-capitalistas, mas sim um produto da própria industrialização. Na periferia do planeta é que este sistema ganha em velocidade e abrangência, no Brasil, após 60 anos de CLT, menos da metade da PEA está regida por um contrato formal. Cerca de 40% das dos trabalhadores do Brasil não tem qualquer forma de contrato. Este processo está em crescimento, como a tendência central na questão do trabalho no Brasil (OLIVEIRA, 2000).

Nesta situação, segundo Dejours, podemos ver claramente “o medo como primeiro elemento estruturante do trabalho, a ameaça do desemprego e da precarização. Essa ameaça se combina com o temor pessoal de não conseguir manter o desempenho, o ritmo, os objetivos, de não estar à altura da situação e das mudanças tecnológicas” (DEJOURS, 1999, p17).

Segundo Lacaz, as mudanças da era da globalização- a reestruturação produtiva, caracterizada como processo que flexibiliza as relações de trabalho e incorpora as tecnologias informacionais para controle dos processos de trabalho- vem definindo um novo perfil patológico, ainda associado ao anterior, cujo nexos de causalidade torna-se muito mais complexo. São estabelecidos dois movimentos: nos setores produtivos avançados, a modernização da organização do trabalho, intensificação do trabalho, ritmo acelerado, administração estressante, grande concentração mental, alta exigência cognitiva, não



suprimindo, entretanto, os movimentos repetitivos; nos setores mais atrasados impera a precarização do trabalho(LACAZ, 2000).

O lado atrasado e grotesco da globalização pode ser exemplificado em situações como esta: “José de Souza Martins contou que um certo conde, proprietário de indústrias em São Paulo, teria afirmado, perante a Justiça do Trabalho, que um "baiano" é mais barato que um filtro, razão pela qual preferia ver o ácido corroer as mucosas de seus operários a instalar equipamentos de segurança na empresa" (NUNES,1989, p85).

Passam a compor o perfil patológico, problemas cardiovasculares, sofrimento mental, as lesões por esforços repetitivos, associadas também as doenças psicossomáticas e gastroclicas. Assim, a tendência de morbimortalidade na população trabalhadora e a prevalência cada vez maior de agravos à saúde são caracterizados por um mal difuso e doenças que também ocorrem na população geral, porém mais precocemente, passam a ocorrer na população trabalhadora (LACAZ, 2000).

Para captar este novo perfil patológico, há que se construir indicadores específicos, trabalhar com novas bases de dados, pois pela complexidade do nexos, as bases tradicionais, como as CAT e demais fontes previdenciárias, não tem como refletir esta nova realidade (WUNSCH, 1999).

Os dados das CAT representam apenas uma pálida imagem do que é a realidade de doenças e lesões causadas pelo trabalho no Brasil, ainda assim, o que vemos nesta pálida imagem é assustador e tende a piorar muito à medida que a imagem vá se tornando mais nítida. Por isso não interessa ao capital, assim como aos governantes que os representam, “melhorar” estas informações, uma vez que isto exporia mais mazelas causadas pelas condições de trabalho aos trabalhadores.

A incidência de AT típicos vêm diminuindo nos últimos 20 anos. Este fenômeno é explicado pelas freqüentes mudanças na legislação e conseqüente subregistro, principalmente dos acidentes mais leves(RIBEIRO & LACAZ, 1985). Os acidentes de trabalho, mais do que qualquer dano à saúde, mostram os efeitos destrutivos do trabalho sobre o os trabalhadores. A maioria das doenças provocadas pelo trabalho não são reconhecidas como tais, mas o fato de o acidente ser repentino deveria impossibilitar seu ocultamento. Entretanto existe uma série de mecanismos para que não haja registro ou que a sua gênese nunca fique esclarecida (LAURELL & NORIEGA, 1989, p264).

A incidência de doenças profissionais manteve-se praticamente inalterada entre 1970 e 1985 (aproximadamente 2 casos a cada 10 mil trabalhadores), no período de 1985 a 1992,

passou a 4 casos a cada 10 mil trabalhadores e, a partir de 1993, passa a apresentar um crescimento “epidêmico”, tendo o coeficiente de incidência se aproximado de 14 casos para cada 10 mil trabalhadores. Neste período, cerca de 90% dos casos notificados à Previdência Social, foram casos de LER. A taxa de mortalidade por AT ou Doença Profissional diminuiu discretamente, giravam em torno de 35 mortes por 100mil trabalhadores na década de 1970, se situando atualmente em torno de 20 mortes a cada 100mil trabalhadores, valores 3 a 4 vezes superior as taxas em países desenvolvidos, sem falar de alguns setores, como a extração mineral e a Construção Civil, com taxas em torno de 50 mortes por 100mil trabalhadores(PROTEÇÃO, 2000).

Segundo dados da Previdência, referentes a 1998, o maior coeficiente de acidentes fatais situa-se na Indústria Extrativa (38,40). Quanto aos benefícios por incapacidade parcial permanente, estes são em maior número na indústria de transformação, seguida do Setor de Intermediação Financeira (onde os casos são relativos à LER). Já os benefícios por invalidez permanente são mais comuns na Indústria da Transformação, Comércio e, em terceiro lugar, Serviços Prestados à Empresas (empresas de “terceirização”) e Construção Civil. Em 1998 foram pagos R\$ 50.060.174, 00 em auxílio doença-acidentário, R\$ 3.647.062,00 em auxílio-acidente (adicional em função de seqüela), R\$ 1.306.901,00 em pensões por óbito e R\$ 2.634.507,00 em aposentadorias por invalidez(PROTEÇÃO, 1999).

Estas informações têm como fonte de dados a CAT e outros instrumentos previdenciários, que abrange apenas os trabalhadores regidos pela CLT, representando cerca de 30% da PEA. De acordo com o anuário da OIT de 1997, o Brasil é um dos países que menos registra acidentes do trabalho. Tomando como base a PEA alemã, o Brasil apresentou 11 vezes menos acidentes do trabalho do que a Alemanha, sendo que para cada 10mil membros da PEA o Brasil apresenta 52,30 acidentes, enquanto na Alemanha são 557,40 (PROTEÇÃO, 1999).

O problema da subnotificação é tão importante que, mesmo acidentes fatais deixam de ser registrados e, uma parcela deles, mesmo registrada, se não gerar benefício, acaba não entrando nas estatísticas. Muitas vezes também não são consideradas as mortes que ocorrem dias (ou semanas ou meses) após os AT e a emissão da CAT.

Conforme entrevista do diretor do Sindicato dos Metalúrgicos de Osasco, Carlos Aparício Clemente, à Revista Proteção: medidas tomadas pela Previdência fizeram com que o Brasil deixasse o título de campeão mundial de registro de mortes e acidentados no trabalho,

para ser hoje, o campeão mundial em sonegação e manipulação de mortes no trabalho (PROTEÇÃO, 1999).

#### **2.4 A SAÚDE DO TRABALHADOR NO ÂMBITO INSTITUCIONAL (DO ESTADO) NO BRASIL:**

A Inspeção do Trabalho, oriunda do estado Liberal na Inglaterra do século XIX, através da Lei Fabril de 1860 foi incrementada com a criação da Organização Internacional do Trabalho (OIT), através do Tratado de Versalhes em 1919 e o aperfeiçoamento do Direito do Trabalho. A adoção das convenções Internacionais da OIT moldou o Sistema de Inspeção do trabalho no Brasil, atribuição histórica do Ministério do Trabalho. A inspeção é pautada pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) aprovada pelo Decreto Lei 5452 de 1º de maio de 1943, e especialmente em seu capítulo V, da Segurança e Medicina do Trabalho, a inspeção dos ambientes e condições de trabalho, posteriormente detalhadas pelas Normas

Regulamentadoras de Segurança e Medicina do Trabalho publicadas pela Portaria 3214 de 1978 e sucessivas outras.

O Ministério do Trabalho vem atuando no âmbito da Saúde Ocupacional realizando inspeções/fiscalizações dos ambientes e condições de trabalhos, por um número bastante limitado de técnicos (médicos e engenheiros). Tais fiscalizações têm se dado de forma pontual, buscando abranger os ramos de atividade onde ocorrem com maior frequência os acidentes graves (utilizando indicadores com base nos dados de benefícios concedidos pelo INSS e população empregada no setor (RAIS) ).

As fiscalizações são orientadas pelas Normas Regulamentadoras (NR) e muitas vezes se restringem aos aspectos formais e burocráticos das mesmas. A fiscalização da NR 5 - CIPA - Comissão Interna de Prevenção de Acidentes, não permite avaliar de fato se determinada CIPA tem uma atuação eficaz, se funciona efetivamente. Da mesma forma, pode-se dizer que a fiscalização da NR4- SESMT - Serviço Especializado em Segurança e Medicina do Trabalho, da NR7- PCMSO - Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional e NR9 – PPRA - Programa de Prevenção de Riscos Ambientais, se atenta apenas para os aspectos formais (documentação) e pouco aborda a efetiva atuação desses serviços e programas.

Entende-se, na verdade, não ser interessante o próprio conteúdo das normas, que deixam sob a tutela das empresas a saúde dos trabalhadores, através dos SESMT e PCMSO e PPRA terceirizados, respaldados pelo Estado e de qualidade questionável. Na concepção dos serviços médicos das empresas percebe-se claramente o discurso da Saúde Ocupacional. Aí o trabalhador é uma mercadoria, uma coisa que se mede, adentra, avalia, controla. O papel do “médico/operário” é, então manter o “trabalhador/peça viva funcionando bem”(LACAZ, 1999). Algumas Normas Regulamentadoras são de uma infelicidade ímpar, em especial a NR15 e NR16 - Insalubridade e Periculosidade, as quais apontam para a monetização do risco, induzindo os trabalhadores a trocar sua vida e saúde por alguns centavos a mais, sem falar na percepção restrita dos riscos à saúde que apresentam.

O Ministério do Trabalho passa, atualmente, por um programa de transformação onde busca construir um novo perfil da fiscalização do trabalho, através da ampliação das práticas e experiências e do uso de novos instrumentos, dentre eles a realização de mesas de entendimento, visando a regularização das empresas, um movimento que reduzirá o número de autuações. Seu corpo técnico avalia dentre os fatores dificultadores para este programa, a

desatualização dos instrumentos jurídicos, a precária infraestrutura, a falta de planejamento das ações, o número insuficiente de fiscais e o corporativismo da categoria ( MTE 2000 ).

O Instituto Nacional de Seguro Social (INSS) é a seguradora responsável pela garantia ao trabalhador e à sua família da satisfação de suas necessidades básicas durante a incapacidade deste para o trabalho, através da concessão e manutenção de benefícios<sup>5</sup>. Porém apenas um terço da PEA(População Economicamente Ativa) brasileira, cerca de 22 milhões de trabalhadores, está coberto pelo Seguro de Acidentes de Trabalho (SAT).

O nexo entre a lesão ou doença e o trabalho, para fins de concessão de benefício pela Previdência Social, é atribuição da Perícia Médica do INSS. Avalia-se que aí se encontra um dos nós responsáveis pela subnotificação dos acidentes e doenças do trabalho, pois muitos casos de doença relacionada ao trabalho não são reconhecidos como tal pelos peritos, sendo encaminhados para o benefício "comum". Isto é percebido freqüentemente pelos serviços de saúde do trabalhador, que encaminha o trabalhador para a transformação do benefício.

Na avaliação dos trabalhadores acidentados, o INSS é a instituição com interface na questão de Saúde do Trabalhador que mais é alvo de críticas principalmente relacionadas à atuação da Perícia Médica (negação frequente do nexo, dificuldade para concessão e manutenção de benefícios) (ADVT, 2001).

A proposição de ação regressiva contra as empresas, nos casos de negligência quanto às normas e padrões de segurança e higiene do trabalho indicados para proteção individual e coletiva dos trabalhadores, prevista no artigo 120 da Lei 8213/91, como atribuição da Previdência Social, recurso potencialmente transformador das condições de trabalho, é ainda hoje utilizada em raríssimas situações ( MENDES & DIAS, 1999; CIST-PR,2000).

A Previdência Social é também responsável pela sistematização e processamento da base de dados, hoje mais utilizada para subsidiar as ações de saúde do trabalhador, a CAT - Comunicação de Acidentes do Trabalho.

A Previdência Social vem adotando uma lógica de agir na reparação dos danos após sua ocorrência, não desempenhando o papel de uma efetiva seguradora, deixando de atuar na prevenção e controle de acidentes e doenças do trabalho. Não se integrou ao modelo de Seguridade Social disposto na Constituição Federal de 1988. Vem, na verdade, atuando no sentido de limitar a concessão de benefícios, rever e cortar benefícios concedidos (LACAZ, 1999).

---

<sup>5</sup> O Plano de Benefícios da Previdência Social está disposto na Lei 8213 de 24 de julho de 1991, regulamentada pelo Decreto 2172 de 5 de março de 1997

Nos últimos 5 anos, o governo federal tem trabalhado em um projeto de privatização do SAT, o qual é um sistema superavitário, que arrecada 3 bilhões de reais ao ano, sendo gastos 1,5 bilhões em benefícios e serviços. Na última versão deste projeto, percebe-se “um cunho altamente comercial”, pois se repassa o SAT para a mão de seguradoras privadas. Este projeto tem conseqüências danosas, tais como *"subnotificação e redução artificial das estatísticas de acidentes; prejuízos a pequenas e médias empresas estimulando o incremento do mercado informal e a tendência de não contratação do seguro, ou seja a redução drástica de sua cobertura"* ( CORREA,2000).

A atenção à saúde dos trabalhadores, na rede pública dos serviços de saúde, enquanto prática específica, surge nos anos 80, inserida em um amplo processo social de reorganização política e social no país, em uma conjuntura de redemocratização, consagrada na Constituição Federal de 1988 ( MENDES & DIAS, 1999; LACAZ, 1999).

A Constituição federal de 1988 institui o SUS - Sistema Único de Saúde - e atribui a ele as ações de Saúde do Trabalhador, as quais são melhor estabelecidas na lei Orgânica da Saúde nº8080 de 1990. As ações de Saúde do Trabalhador compreendem um conjunto de atividades que se destinam, através das ações de vigilância epidemiológica e sanitária, à promoção e proteção da saúde do trabalhador submetido aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho. Abrangem a assistência ao trabalhador vítima de acidente do trabalho ou portador de doença relacionada ao trabalho, buscando a sua recuperação e reabilitação; a participação em estudos, pesquisas, avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde no trabalho e na normatização, fiscalização e controle das condições de produção, extração, armazenamento, distribuição e manuseio de substâncias, de produtos, de máquinas e de equipamentos, que apresentem riscos à saúde do trabalhador; a avaliação do impacto que as tecnologias provocam na saúde; a informação ao trabalhador; participação na normatização, fiscalização e controle dos serviços de saúde do trabalhador nas instituições e empresas públicas e privadas (REZENDE,1998) ( ALBUQUERQUE & RAMOS, 2001 ).

A atenção à saúde dos trabalhadores, no que diz respeito à atenção à demanda, deve levar em conta os princípios e diretrizes do SUS (universalidade, integralidade, equidade, hierarquização, controle social) e envolver toda a rede de serviços de saúde, em todos os seus níveis, o que ainda não é uma realidade hoje, cujo modelo hegemônico de atenção é constituído por centros de referência em saúde do trabalhador, os quais não conseguem avançar na cobertura da clientela trabalhadora e estabelecer referência e contra referência satisfatória com os demais níveis e serviços da rede de saúde ( LACAZ, 1999).

As ações de vigilância em saúde do trabalhador, ainda em processo de construção, requerem uma articulação intersetorial e uma atuação interdisciplinar, devendo ser uma intervenção participativa, de caráter contínuo, atuando “sobre riscos, cargas de trabalho, danos, acidentes, doenças, seqüelas de agravos ”, enfoque que supere abordagens redutoras e fragmentadas como a inspeção do trabalho, praticada pelo Ministério do Trabalho(LACAZ, 1999).

A implementação da saúde do trabalhador no SUS apresenta ainda diversas dificuldades, dentre as quais as compartilhadas com o conjunto do SUS - crise financeira e sucateamento crônico - decorrentes da política neoliberal e privatista, sendo o SUS um espaço de resistência e uma das poucas propostas reformistas de política social e de *welfare state* surgidos no Brasil, ainda que bombardeado constantemente (LACAZ, 1999; MENDES & DIAS, 1999).

Chama a atenção também o despreparo dos profissionais de saúde para realizarem diagnóstico e estabelecerem o nexo dos agravos com o trabalho, como a ausência de meios de apoio diagnóstico, o que tem contribuído para a subnotificação em especial das doenças relacionadas com o trabalho. As ações coletivas, no âmbito da vigilância, da promoção e proteção da saúde ainda são de pequena monta, em decorrência de um modelo ainda centrado na consulta médica, na abordagem individual do trabalhador (MENDES & DIAS, 1999).

Apesar do despreparo e da “não sensibilização” da rede básica para atuar em saúde dos trabalhador, chama a atenção o fato de que os Programas e Centros de Referência em Saúde do Trabalhador mudaram o perfil e a magnitude das estatísticas de *doenças* profissionais no país (LACAZ, 1997). Em 1999, cerca de 70% do volume de doenças do trabalho identificadas pelo INSS teve seu o diagnóstico de nexo com o trabalho estabelecido em apenas 19 Centros de Referência em Saúde do Trabalhador do SUS (MS, 2000).

A falta de política institucional claramente definida, considerando que a Constituição Federal atribui concorrentemente ao SUS e Ministério do Trabalho a competência perante a

saúde do trabalhador, tem como consequência uma indefinição de atribuições e muitas vezes duplicidade na operacionalização de ações (MENDES & DIAS, 1999) (REZENDE, 1998).

A atuação dos Ministérios do Trabalho e da Previdência Social é marcada pela *“dicotomia e a pulverização de ações concorrentes entre tais órgãos e aqueles da área do Ministério da Saúde. Estes diferem dos outros pela maior expressão operacional das Secretarias estaduais e municipais de saúde, através da capilaridade de sua rede de serviços”* (LACAZ, 1997, p9).

As áreas do Trabalho e da Previdência Social são caracterizadas pela *centralização* administrativa e a atuação mediante *delegação* de atribuições, a partir do nível federal para os regionais, contrariando o princípio da *descentralização* e da *autonomia* em nível local. O SUS possui uma proposta estratégica correta, quanto aos princípios citados, tem como uma das características mais importantes das ações de saúde do trabalhador no SUS a sua capacidade de capilaridade- ou seja, atingir o nível local de saúde, através do processo de municipalização- mas está marcado por uma fragilidade operacional e pela falta de vontade política, além de encontrar resistências conservadoras e dos interesses privados à sua concretização (LACAZ, 1997; MENDES & DIAS, 1999).

### **CAPÍTULO 3: COMITÊ DE INVESTIGAÇÃO DE ÓBITOS E AMPUTAÇÕES RELACIONADOS AO TRABALHO DO ESTADO DO PARANÁ**

#### **3.1 A SAÚDE DO TRABALHADOR NO PR: ASPECTOS HISTÓRICOS**



Após a Constituição Federal, de 1988, e a Lei Orgânica da Saúde, de 1990, que definem a atribuição do SUS de atuar na área de Saúde do Trabalhador, o primeiro processo de treinamento das Vigilâncias Sanitárias das Secretarias Municipais de Saúde do Paraná ocorreu nos anos de 1992 a 1994, baseado em discussão sobre a atribuição legal de atuar na área e em inspeção de empresas.

Estes treinamentos envolveram técnicos das vigilâncias sanitárias das Regionais de Saúde do Estado e de alguns municípios. Foram a primeira tentativa de implantar ações de Saúde do Trabalhador no estado, entretanto, este processo não teve continuidade como política de saúde. Só o treinamento, sem uma política estadual, sem demanda da Secretaria Estadual para as municipais, sem envolvimento dos sindicatos, sem articulação com as outras instituições não resultaram em ações efetivas de implantação do campo da Saúde do Trabalhador no SUS.

No período de 1993 a 1996 a SESA-PR não realizou ação significativa no sentido de implantar ações de Saúde do Trabalhador no SUS-PR, que seria o seu papel, segundo as leis federais que definem a matéria, além das deliberações de Conferências Nacionais de Saúde e de Saúde do Trabalhador. A ação que teve maior consistência/continuidade neste período foi a instalação, feita pela SESA-PR e pela SMS-Ctba do SISCAT (Sistema de Informação das CAT), desde 1992, mas somente compreendendo Ctba e RM.

Em 1996 foi criado, novamente em parceria SESA-PR/SMS-Ctba, o CEMAST (Centro Metropolitano de Apoio à Saúde do Trabalhador), com a abrangência de 43 municípios (Região Metropolitana de Curitiba, litoral e região Sul do Estado) e a finalidade de estabelecer nexos para Doenças do Trabalho, capacitar as vigilâncias para atuar em Saúde do Trabalhador e manter um Sistema de Informação.

O Siscat aumentou de abrangência após 1996, passando a cadastrar CAT de 43 municípios e, após a criação da Coordenação Estadual de Saúde do Trabalhador da SESA, em 1997, passou-se a cadastrar as CAT do Estado todo.

As equipes de Saúde do Trabalhador da SESA-PR sempre foram muito pequenas, o CEMAST contava, na sua criação, com 10 funcionários, sendo 3 administrativos. Esta equipe oscilou de tamanho, mas jamais passou de 15 pessoas. A Coordenação Estadual de Saúde do Trabalhador era composta, de 1996 a 1998, por apenas duas pessoas, hoje conta com 4 pessoas, sendo uma administrativa.

Os anos de 1997 e 1998 foram marcados por intenso processo de capacitação, realizados pelas pequenas equipes descritas acima, dos técnicos das vigilâncias para atuarem

em Saúde do Trabalhador, bem como por reuniões com secretários de saúde, treinamentos de conselheiros e de trabalhadores para tratar das funções do SUS e dos direitos dos trabalhadores nas questões de Saúde do Trabalhador. Foram realizadas oficinas, seminários e palestras, cujo conteúdo e abrangência estão detalhados a seguir (Capítulo 4).

Com o processo de capacitação iniciado com as vigilâncias estavam construídas as bases para a estruturação de uma política estadual de Saúde do Trabalhador do SUS-PR. A partir do final de 1997, com a criação do Comitê, este passou a ser a espinha dorsal desta política.

### 3.1.1 O Controle Social em Saúde do Trabalhador no SUS-PR

Em 1992, por iniciativa de técnicos militantes da SESA-PR, teve origem o Fórum Interinstitucional de Saúde do Trabalhador – FIST, formado por Sindicatos dos Trabalhadores, Ministério Público, SESA-PR, SMS-Ctba, SMS-Campo Largo, INSS, Universidades, DRT e Sindicatos Patronais.

Nesta época, o Conselho Estadual de Saúde não estava ainda estruturado de forma a garantir efetivamente a participação das diversas esferas da sociedade na elaboração das diretrizes políticas para a saúde. Diante disto, as instituições reunidas no FIST resolveram mantê-lo como um fórum independente, que buscaria através da articulação interinstitucional, implantar ações em defesa da saúde dos trabalhadores do Paraná.

Em 1993, com participação importante do FIST, ocorreu a I Conferência Municipal de Saúde do Trabalhador de Curitiba e da II Conferência Municipal de Saúde de Curitiba, o tema da Saúde do Trabalhador passou a partir das resoluções destas Conferências, a constar do Plano Municipal de Saúde de Curitiba. Isto não significou uma correspondência direta por parte da SMS na aplicação prática das diretrizes definidas no Plano, mas, ao menos, documentou a demanda por ações de Saúde do Trabalhador, o reconhecimento, por parte do gestor, da necessidade e o dever de desenvolver este setor.

Por iniciativa do Fórum Interinstitucional de Saúde do Trabalhador, que congregava as várias instituições do Estado com atribuição de atuar na área de Saúde do Trabalhador, além de sindicatos de trabalhadores e patronais, nos anos de 1994 e 1995, houve tentativas de construir um Centro de Referência Interinstitucional em Saúde do Trabalhador, onde

participaram INSS, DRT, SESA, SMS-Curitiba, Promotoria de Acidente do Trabalho (atualmente denominada de “Defesa da Saúde do Trabalhador”). As tentativas foram frustradas e os pretensos Centros de Referência acabaram virando “apêndice” da instituição onde estiveram vinculados (INSS), perdendo a característica interinstitucional almejada e passando a secundar a perícia do INSS no atendimento de trabalhadores.

O FIST produziu uma Cartilha, que foi divulgada no Estado todo, explicativa sobre a CAT, recebeu e realizou denúncias sobre más condições de trabalho. Este fórum se reuniu mensalmente e passou a adquirir características de plenária (tamanho e caráter questionador da ordem vigente), propôs e cobrou ações das várias instituições atuantes na questão de saúde e segurança do trabalhador.

O FIST transformou-se, em 1996, em Comissão Interinstitucional de Saúde do Trabalhador (CIST-PR), do Conselho Estadual da Saúde. Após a vinculação ao Conselho Estadual de Saúde, o caráter de plenária se manteve, mas o papel do SUS ficou mais claro e este passou a ser mais cobrado como instituição que deveria estruturar a política de Saúde do Trabalhador para o Estado.

Em 1998 foram também constituídas as Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador vinculada ao Conselho Municipal de Saúde de Curitiba e de Ponta Grossa (CIST-Ctba e Cist-P.Grossa), com a atribuição de acompanhar a implementação das Resoluções das Conferências de Saúde, no que tange à Saúde do Trabalhador.

As instituições de controle social na Saúde do Trabalhador do Paraná tiveram grande importância na formulação das diretrizes políticas para a Saúde do Trabalhador e, através das Conferências de Saúde, lograram incluir estas diretrizes nos planos Estadual e Municipal (de Curitiba) de Saúde. Em 1997, a CIST-PR aprovou Resolução proibindo o uso de areia no jateamento no Estado do Paraná, posteriormente aprovada pelo Conselho e implantada (início de 1998).

A CIST-PR passou a ser um entrave para o gestor estadual, que se via cobrado e pressionado a cumprir o que as Conferências deliberaram e seus próprios Planos de Saúde descreviam para a Saúde do Trabalhador. O Enfrentamento foi de tal monta que, durante os anos de 1999 e 2000, a CIST foi pautada criticamente (pela SESA) em praticamente todas as reuniões da mesa diretora do Conselho Estadual de Saúde, que “denunciava” o caráter de plenária da comissão, de politização e cobrança constante da SESA. O Secretário de Saúde, Armando Raggio, chegou a esbravejar em reunião do Conselho que: 1) a CIST era partidária, 2) se tratava de uma plenária e não de uma comissão, que se pretendia maior

do que o Conselho, 3) que resolvia e publicava documentos por fora das instâncias normais. Feitos os questionamentos sobre as inverdades que o Secretário afirmava (itens 1 e 3 acima) e do exagero interpretativo (item 2 acima) sem base na realidade, o mesmo calou sobre o assunto, pelo silêncio retirando o que havia afirmado.

Além deste tensionamento dentro do Conselho, a SESA-PR passou a operar no sentido de “enquadrar” a CIST num regimento que tirava o poder de voto das instituições que não tivessem assento no Conselho e limitar o número de participantes da Comissão a uma proporção dos conselheiros presentes. Esta pressão está mantida desde o início do ano 2000, mas o Conselho não deliberou definitivamente sobre isto e a CIST já deliberou pela não concordância com o ato da SESA e pelo enfrentamento via Ministério Público, caso a secretaria insista na medida excludente.

Pelo exposto acima fica evidente que o Controle Social foi (e é ainda) responsável direto pelos (poucos) movimentos do Estado na implantação de um Plano de Saúde do Trabalhador. O FIST, e depois as CIST se constituíram como fóruns de elaboração política e de cobrança de ações do Estado, especialmente do SUS, nas questões de Saúde do Trabalhador.

### **3.2 COMITÊ DE INVESTIGAÇÃO DE ÓBITOS E AMPUTAÇÕES RELACIONADOS AO TRABALHO DO ESTADO DO PARANÁ**

### 3.2.1 A construção no SUS

No início do ano de 1997, a Coordenação Estadual de Saúde do Trabalhador da SESA-PR e o CEMAST (Centro Metropolitano de Apoio à Saúde do Trabalhador) planejaram e executaram seminários e oficinas, que ocorreram ao longo dos anos de 1997 e 1998, nas várias regiões do Estado, com os técnicos da Vigilância Sanitária das Secretarias Municipais de Saúde e das Regionais de Saúde do Estado.

Estes eventos tiveram duas funções, a primeira foi de discutir as atribuições do SUS no campo da Saúde do Trabalhador, a partir da base legal definida na Constituição Federal de 1988, mas pouco conhecida e aplicada. A segunda foi iniciar um processo de capacitação continuada dos técnicos das vigilâncias sanitárias, de forma que pudessem ir adquirindo gradativamente competência técnica para atuar no campo.

Sendo de grande monta as deficiências de capacitação e as dificuldades políticas para atuar nas questões de saúde de trabalhador, além do pequeníssimo número de técnicos trabalhando especificamente com Saúde do Trabalhador no SUS de todo o Estado, inclusive da SESA, a Coordenação de Saúde do Trabalhador da SESA-PR optou por trabalhar com a metodologia do Evento Sentinela<sup>6</sup>, discutida em item específico neste capítulo, que permitiu definir claramente prioridades epidemiológicas, capacitar os técnicos da vigilância sanitária para atuar sobre elas e assim estabelecer um ponto de partida comum às diversas Secretarias Municipais de Saúde do Paraná.

Destes seminários resultaram diagnósticos preliminares da condição da saúde do trabalhador de cada município, bem como um esboço de Plano de atuação da vigilância, com vistas a intervir nas causas dos agravos identificados neste diagnóstico. Este plano, realizado durante as oficinas, procurou detectar os agravos de maior relevância (pela incidência ou pela gravidade), os ramos de atividade em que ocorriam, causas mais comuns, fontes de notificação (além da CAT, que já estava sendo sistematizada pela SESA para todo o Estado), como as Declarações de Óbitos e as informações de Pronto-Socorros. Partindo deste diagnóstico, os municípios definiram ações que deveriam ser realizadas para modificar esse quadro de agravos.

---

<sup>6</sup> Evento Sentinela : evento considerado, em epidemiologia, ao mesmo tempo grave e evitável. Tem, na área de Saúde do Trabalhador a função de ajudar a definir prioridades de atuação, avaliar o impacto, assim como de permitir monitorar as ações que, tomadas pelo setor Saúde, visam evitar a ocorrência de novos eventos sentinela.

Cada município produziu, então, um Plano de atuação em Saúde do Trabalhador, ficando estabelecidas, como tarefas mínimas das vigilâncias: investigar todos os óbitos e amputações causados pelo trabalho, ocorridos na sua respectiva área de abrangência; fiscalizar as empresas que utilizavam jateamento de areia<sup>7</sup>, interditando o uso deste abrasivo e fazer um plano de intervenção do SUS que buscasse integração com as outras instituições do Estado e com as organizações dos trabalhadores para atuar nas causas destes eventos. Este foi o eixo comum na atuação das Secretarias Municipais de Saúde que permitiu estruturar tarefas perenes à SESA e à sua relação com os municípios. Estabeleceu-se também um “pós-curso” com ações concretas e responsáveis bem definidos, as Secretarias Municipais de Saúde e a SESA.

Foram treinados mais de 400 técnicos das vigilâncias, de aproximadamente 150 municípios, incluindo todos os municípios com mais de 30 mil habitantes do Estado. Estes treinamentos abrangeram técnicos de 37,5% dos municípios do Estado, municípios estes que abrangem mais de 80% da população do Paraná.

Paralelamente a estes treinamentos, em meados de 1997, a Coordenação de Saúde do Trabalhador da SESA-PR conseguiu estabelecer uma parceria com o INSS, passando a receber cópias das CAT de todo o Estado. A partir de então, os casos de amputação e óbito notificados ao INSS passaram a ser objeto de investigação do SUS-PR. Antes, desde 1993, o acordo entre SUS/INSS para repasse de CAT se limitava à Curitiba e Região Metropolitana.

Em 1998, durante eventos de massa da SESA, chamados Protegendo a Vida, que reuniram grupos de três a quatro mil pessoas em cada macro-região do Estado para atividades formativas/informativas em saúde, foram realizados seminários com todos os secretários municipais de saúde, cerca de 200 conselheiros de saúde e 200 trabalhadores.

Desta forma, os governantes municipais passaram a ter as informações básicas sobre as funções do SUS em Saúde do Trabalhador, recebendo cópias das leis sobre o tema e uma breve explanação sobre o conteúdo das oficinas e seminários feitos para os técnicos das secretarias. Foram informados também da existência do Comitê e das demandas de investigação que este faria aos municípios.

Estabeleceu-se, ao cabo destas oficinas e seminários, uma rede estadual de vigilância de óbitos e amputações relacionadas com o trabalho, buscando a identificação das causas e

---

<sup>7</sup> Por iniciativa da Coordenação Estadual de Saúde do Trabalhador e do CEMAST, em conjunto com a CIST-PR, foi apresentada e aprovada pelo Conselho Estadual de Saúde uma Resolução proibindo o uso de areia no jateamento. Esta Resolução entrou em vigor em janeiro de 1998 e, portanto, não dependeu do diagnóstico feito pelo município incluir a inspeção às empresas que utilizavam o jato de areia e sim desta normativa do Conselho.

fatores determinantes e a adoção de medidas sobre eles, através das estruturas regionais e municipais de vigilância do SUS.

Este processo de capacitação dos técnicos das vigilâncias, dos conselheiros e trabalhadores, de reunião com secretários de saúde de todo o Estado e inclusive com os prefeitos da região Sul, e de estruturação de Planos municipais e estadual de atuação sobre os Eventos Sentinela definiram a “base” sobre a qual se pretendia erigir uma política de atuação em Saúde do Trabalhador no conjunto do Estado. Estava se constituindo um primeiro esboço de VIST (Vigilância à Saúde do Trabalhador) no SUS-PR.

### 3.2.2 Estabelecendo relações e compromissos intersetoriais

Após a realização dos Seminários e Oficinas com as vigilâncias dos municípios, a definição de óbitos e amputações causados pelo trabalho como “eventos sentinela” para o SUS-PR (Sistema Único de Saúde do Paraná) e a obtenção e envio da CAT aos municípios, o a Coordenação de Saúde do Trabalhador da SESA-PR constatou que os retornos dos casos investigados eram muito irregulares no tempo e na qualidade das investigações e que os Planos mínimos de atuação em Saúde do Trabalhador feitos pelos técnicos dos municípios não estavam sendo desenvolvidos. Quando foram solicitados retornos das investigações, muitos técnicos dos municípios responderam a Coordenação de Saúde do Trabalhador da SESA-PR que: motivos “políticos” não permitiam a realização das investigações e execução do Plano de Saúde do Trabalhador.

Constatando estas limitações, a Coordenação de Saúde do Trabalhador da SESA-PR buscou construir as bases de uma política de Saúde do Trabalhador para o Estado, por duas vias:

- 1) Implementar o processo de capacitação, tornando permanente o contato da Coordenação de Saúde do Trabalhador da SESA-PR com as equipes de Vigilância Sanitária dos Municípios e Regionais de Saúde para atuarem inicialmente na investigação dos dois “eventos sentinela” eleitos e posteriormente em outros de relevância epidemiológica para o município;

2) Consolidar os espaços políticos para construção do campo, que eram, à época, a CIST-PR (Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador), vinculada ao Conselho Estadual de Saúde, e as Conferências de Saúde.

A Coordenação de Saúde do Trabalhador da SESA-PR identificou que o processo de capacitação das vigilâncias poderia continuar como função específica do SUS, mas que o suporte político para atuação dos técnicos e para dar consistência e continuidade às ações iniciadas em 1997 se mostrava insuficiente. Buscou, então, construir um novo espaço, que congregasse as principais instituições do estado e do movimento sindical com atuação no campo, para reunir os responsáveis pela atuação na preservação da saúde dos trabalhadores e procurar construir uma política estadual para o campo baseada nos eventos sentinela: óbito e amputação causados pelo trabalho.

Com a finalidade de construir tal instância, foram convidadas as direções e coordenações estaduais das seguintes instituições: Secretaria de Estado da Saúde, Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, INSS, Promotoria de Defesa da Saúde do Trabalhador (Ministério Público Estadual), Procuradoria do Trabalho (Ministério Público do Trabalho), Delegacia Regional do Trabalho, Fundacentro, CUT (Central Única dos Trabalhadores), Força Sindical, UFPR. A partir de uma plenária com representantes e dirigentes destas instituições, foi criado o Comitê de Investigação de Óbitos e Amputações Relacionadas com o Trabalho do Estado do Paraná, em dezembro de 1997.

No processo de discussão sobre a necessidade de criação do Comitê foram feitas várias constatações importantes:

1- as várias instituições atuantes no campo da Saúde do Trabalhador o faziam de forma limitada aos seus efetivos de técnicos e recursos financeiros, não conseguindo uma abrangência estadual, à exceção do SUS, que iniciara este processo de ações de abrangência estadual no início de 1997;

2- estas limitações de efetivos e estrutura acabavam mantendo a maioria das instituições atuando no entorno da capital e de uns poucos grandes centros urbanos;

a priorização das ações das várias instituições não passava por critérios epidemiológicos;

não havia atuação coordenada, conjunta, destas instituições, a não ser de forma isolada, pontual, campanhista;

além das dificuldades operacionais, constataram-se as dificuldades “políticas” que cada instituição encontrava atuando isoladamente.



A partir destas constatações, foi identificada a necessidade de haver atuação integrada das diversas instituições, com vistas à intervenção sobre os problemas principais do campo da Saúde do Trabalhador. Isto deveria ocorrer a partir das prioridades epidemiológicas identificadas pelo SUS, racionalizar e potencializar o uso dos poucos recursos humanos e materiais, fortalecer as ações das diversas instituições, ao dar um caráter de “política interinstitucional de Saúde do Trabalhador” e, por este caminho, instalar mecanismos perenes e com abrangência na maioria dos municípios do estado para atuação sobre as causas dos acidentes graves e fatais produzidos pelo trabalho.

Assim, ficou definido que o objetivo central do Comitê seria o desenvolvimento de ações em Saúde do Trabalhador que viessem a modificar as condições de trabalho determinantes da ocorrência de óbitos e amputações, com vistas a diminuir a probabilidade de que eventos similares ocorressem no futuro.

Além disso, pela via da atuação conjunta entre instituições do Estado e sindicatos de trabalhadores, o Comitê também buscava a produção e democratização de informação em saúde e trabalho, bem como se constituir em mais um instrumento de defesa dos direitos dos trabalhadores.

### 3.3 METODOLOGIA DE TRABALHO DO COMITÊ:

O método de trabalho do Comitê parte da adoção da ferramenta evento-sentinela para promover a vigilância, a articulação interinstitucional e a melhor utilização da informação. Como se pode ver no fluxograma do Comitê ( anexo 2 ), as fontes de notificação são principalmente as CAT e as D.O., além de outras, como os meios de comunicação e os serviços de assistência.

São três as instâncias de coordenação do SUS no Comitê: 1) a SMS-Curitiba, nos casos de Curitiba; 2) o CEMAST, nos casos da Região Metropolitana de Curitiba, nas Regionais de Saúde de Paranaguá e de União da Vitória e 3) a SESA, nas demais regiões do Estado. Com esta divisão cabe a cada uma dessas instâncias um volume de aproximadamente 1/3 do total de casos do Comitê, que corresponde aos casos de óbitos e amputações causados pelo trabalho e notificado em cada uma delas.

A partir da identificação dos casos de óbitos e amputações causados pelo trabalho, as instâncias de coordenação do SUS no Comitê abrem os processos, enviam às vigilâncias sanitárias das suas respectivas áreas de abrangência, que procedem à investigação dos casos e retornam um relatório, chamado Ficha de Investigação (anexo 3), às instâncias de coordenação do SUS. As Fichas são avaliadas e encerradas, do ponto de vista do SUS, caso estejam preenchidas corretamente, ou são devolvidas à vigilância caso precisem de mais informações ou caso a vigilância tenha utilizado critérios diferentes dos preconizados<sup>8</sup> pelo Comitê para identificar as causas.

O caso resolvido pelo SUS segue ao Comitê, onde as outras instituições podem sugerir modificações nos procedimentos do SUS, ou assumir a investigação, quando há aspectos que merecem ser mais bem elucidados do ângulo do Direito Individual ou Coletivo (caso do Ministério Público).

O conjunto dos casos resolvido pelo SUS é a matéria principal de que trata o Comitê, com vistas a identificar os padrões que se repetem e propor medidas de ação interinstitucional sobre o conjunto de eventos de mesmo tipo ou mesma causa.

---

<sup>8</sup> os critérios preconizados pelo Comitê podem ser vistos na Ficha de Investigação (anexo 3), tratam basicamente de que o técnico da VISA vá ao local do acidente, ouça representantes de trabalhadores e de patrões e não emita julgamento de valor (tais como: “culpa” do trabalhador, “desatenção”, “ato inseguro”...), pois este juízo procura “culpados” e não as causas; faça uma análise, com base nos fatos observados e depoimentos e tome as medidas necessárias para correção das irregularidades encontradas.

O conjunto dos casos ainda não resolvidos pelo SUS é a segunda matéria que mais ocupa o Comitê, que procura identificar as causas destes problemas e propor-lhes encaminhamentos.

### 3.3.1 O Evento Sentinela como ferramenta da Vigilância à Saúde do Trabalhador

A metodologia do Evento Sentinela, adotada pela Coordenação de Saúde do Trabalhador da SESA-PR em concordância com a coordenação do CEMAST e da SMS-Curitiba, partiu do conceito de Evento Sentinela sistematizado por Rutstein, em 1976, como sendo a *“ocorrência de doença, incapacidade, ou morte precoce, evitáveis..., é um evento sentinela que justifica a cuidadosa e controlada investigação científica para remediar as causas subjacentes”*. A existência de um evento sentinela é um alerta de que a qualidade do cuidado de saúde precisa ser aperfeiçoada, com o objetivo de evitar casos futuros. Para ser evento-sentinela, este deve ser de fácil reconhecimento e prevenível (RUTSTEIN, apud PINHEIRO, 1996).

Este conceito foi forjado nos EUA, que era parte de um processo, ocorrido a partir da década de 70, de internacionalização da vigilância à Saúde dos Trabalhadores. Diversos países desenvolvidos passaram a desenvolver experiências na área, destacando-se, pela elaboração e pela aplicação prática, os EUA e a Itália (PINHEIRO, 1996).

Nos EUA, a evolução mais importante tem início em 1969, com alicerces nacionais. Ocorreram uma centralização estatal das ações e baixa participação dos trabalhadores, em grande parte motivados pelo caráter privado do setor assistencial de saúde nos EUA (REICH & GOLDMAN, apud PINHEIRO, 1996).

Os EUA mantiveram a segmentação existente entre as áreas do Trabalho e da Saúde, que tem criado, ao longo dos anos, paradigmas diferenciados e muitas vezes concorrentes. A OSHA (Occupational Safety and Health Administration) atua basicamente na fiscalização de ambientes de trabalho e na construção de um sistema de informação de agravos relacionados ao trabalho.

A NIOSH (National Institute for Occupational Safety and Health) recebeu notável impulso teórico e metodológico dos trabalhos do professor RUTSTEIN et al sobre Evento Sentinela. Em 1982, o NIOSH elaborou uma lista com dez acidentes e doenças do trabalho prioritários como eventos sentinela para os EUA:

- 1) pneumopatias ocupacionais;
- 2) lesões músculo-esqueléticas;
- 3) cânceres ocupacionais;
- 4) amputações, fraturas, perdas visuais, lacerações e traumatismos fatais;
- 5) doenças cardiovasculares;
- 6) desordens da reprodução;
- 7) desordens neuro-tóxicas;
- 8) perda auditiva induzida pelo ruído;
- 9) condições dermatológicas;
- 10) desordens psicológicas.

Rutstein presta assessoria à NIOSH para implantar um sistema de vigilância dos eventos sentinela, a partir de 1978 e, em 1983 define o conceito de Evento Sentinela em Saúde Ocupacional (ESSO): “ *ESSO é uma doença, incapacidade ou morte precoce evitável, relacionada à ocupação, cuja ocorrência pode: 1) aumentar o ímpeto por estudos epidemiológicos ou de higiene industrial; ou 2) servir como um sinal de alerta de que a substituição de materiais, controle de engenharia, proteção individual ou cuidados médicos podem ser necessários*” (RUTSTEIN et al, apud PINHEIRO, 1996.).

A utilização dos ESSO tem trazido vantagens, como:

- 1) auxiliar na determinação de prioridades;
- 2) transformar casos individuais em casos coletivos;
- 3) auxiliar no reconhecimento de agravos;
- 4) estabelecer parâmetros científicos de atuação ao estado;
- 5) facilitar a reprodução em grande escala;
- 6) permitir vigilância de morbimortalidades e
- 7) revelar fracassos de medidas de prevenção e controle (RUTSTEIN et al. ; MARKOWITZ, apud PINHEIRO, 1996)

A utilização dos ESSO tem trazido desvantagens e críticas como:

- 1) abordar agravos, mas não considerar os eventos positivos em saúde;
- 2) não captar agravos novos;
- 3) não considerar os fatores subjetivos e
- 4) ter muita especificidade, por tratar somente com agravos de origem ocupacional (MARKOWITZ, apud PINHEIRO, 1996).

Em 1988, a NIOSH criou o programa Sentinel Event Notification System for Occupational Risks (SENSOR), com o propósito de desenvolver a capacidade de reconhecimento, notificação, acompanhamento e prevenção de nosalgias. Das dez prioridades já citadas foram selecionadas seis para serem vigiadas:

- 1) silicose;
- 2) asma ocupacional;
- 3) intoxicação por pesticidas;
- 4) intoxicação por chumbo;
- 5) síndrome do túnel do carpo e
- 6) perda auditiva induzida pelo ruído.

A definição de evento sentinela “adaptada” à Saúde Ocupacional, sendo do campo da Saúde Ocupacional, tem elementos que devem ser criticados do ângulo do campo da Saúde do Trabalhador: a morte causada pelo trabalho é sempre precoce e poderia ter sido evitada. Ocorre que este ângulo, do trabalhador, não é o “ângulo dominante” e, portanto, este não é o entendimento vigente sobre a morte causada pelo trabalho.

A visão da Saúde Ocupacional é a-histórica e não leva em conta a motivação principal do trabalho no capitalismo, que é gerar lucro e, portanto, tratar o trabalhador como mercadoria. Os caminhos encontrados/apontados para “solucionar” o Evento Sentinela (“aumentar os estudos”, “trocar materiais”,...) servem como remendo e solução provisória para o caso estudado, mas não apontam as determinações maiores que engendram as mortes, doenças e incapacidades no trabalho.

O conceito de evento sentinela adaptado à Saúde Ocupacional, se não for devidamente criticado, tende a “naturalizar” os “acidentes” do trabalho. O trabalhador é tratado como mercadoria e, neste caso (no da mercadoria), está correto afirmar que se deve “consertar”, “estudar” trocas de materiais,..., mas no caso do trabalhador, isto não basta, é preciso lutar pela vida.

A utilização do evento sentinela tem, entretanto, possibilitado determinar prioridades, transformar o caso individual em caso coletivo, revelar o fracasso das medidas de prevenção e controle em saúde e trabalho, facilitar o reconhecimento de agravos e a utilização para morbidade e mortalidade (PINHEIRO, 1996).

Com a seleção dos eventos-sentinela, óbito e amputação relacionados ao trabalho, o Comitê busca extrair uma grande quantidade de informações de um conjunto limitado de

dados e, com estas informações dar direção a uma política de Saúde do Trabalhador no Estado do Paraná (REZENDE & RAMOS & ALBUQUERQUE, 2000).

A função do evento sentinela de fornecer informação para o direcionamento do planejamento das ações, tem permitido a visualização de prioridades, possibilitando a avaliação do impacto destas ações, assim como a possibilidade de correção dos rumos. É uma avaliação de processo, imediata, que permite imediato redirecionamento.

O Comitê não considera a simples investigação de um acidente do trabalho como sendo a metodologia do Evento Sentinela, esta ocorre quando o Evento é definido, sua ocorrência diagnosticada e medidas, que busquem evitar que novas ocorrências deste Evento se dêem, tenham sido tomadas. Ou seja, depois que um tipo de acidente do trabalho for alçado à condição de Evento Sentinela é necessário que o setor que o alçou a tal condição elabore e ponha em execução um Plano de Ação para evitar novas ocorrências deste evento.

### 3.3.2 A Declaração de Óbito como fonte de notificação de acidente do trabalho

A SMS-Curitiba investigou, em 1998, alguns casos de óbito identificados nas Declarações de Óbito como tendo sido possivelmente causados pelo trabalho e que não tinham CAT registrada no INSS. A suspeita se confirmou e a investigação prosseguiu a partir do ano de 1999, não mais como estudo e sim como forma de monitoramento destas ocorrências.

Durante o ano de 1999 foram investigados 77 óbitos identificados junto às Declarações de Óbitos como tendo possivelmente relação com o trabalho, 4 casos não foram localizados, restando, portanto, 73 analisados. Destes casos, 46 (63%) foram confirmados como tendo sido causados pelo trabalho. É interessante destacar que, destes 46 casos, 31 tinham o campo da Declaração de Óbitos correspondente à Acidente do Trabalho marcado como “sim”, 14 “em branco” ou “ignorado” e 1 “não”. Todos os casos que estavam marcados como “sim” na Declaração de Óbito de fato se confirmaram como sendo acidentes do trabalho.

Neste mesmo ano, pelas CAT, foram notificados 19 casos de óbitos no trabalho, sendo que destes, 16 não foram encontrados na pesquisa com as Declarações de Óbito. Acrescendo, portanto, estes 16 casos àqueles 46 identificados pelas DO como tendo sido causados pelo trabalho, o total de óbitos causados pelo trabalho em Curitiba passou a ser de

62. Comparando com os 19 notificados pelas CAT, chegamos a um acréscimo surpreendente de 226% (REZENDE & RAMOS & ALBUQUERQUE, 2000).

Este acréscimo deve, entretanto, ser relativizado, pois a pesquisa se refere ao Município de Curitiba e os dados do INSS, via CAT, não são desagregados por município, somente por estado e, além disso, não se pode ter segurança de que as CAT enviadas pelo INSS ao SUS e à Promotoria de Defesa da Saúde do Trabalhador, como sendo “todas” as CAT de óbito, sejam de fato “todas” as CAT. Por isto, a comparação entre CAT e DO apresentada neste estudo sofre de maior fidedignidade, mas aponta, de todo modo, para a importância de se utilizar a DO como fonte de notificação para óbitos causados pelo trabalho.

A utilização da Declaração de Óbito como fonte de informação para a Saúde do Trabalhador busca cobrir tanto os trabalhadores inseridos no setor formal quanto aqueles do mercado informal (hoje responsável por mais da metade da população trabalhadora) e também evitar as perdas relacionadas à sub-notificação através da CAT e os problemas de fluxo destas do INSS para o SUS.

A partir deste estudo e monitoramento realizados com as DO pela SMS-Curitiba, o Comitê adotou as DO com o campo AT marcado como “sim” como fonte de notificação para o Estado do Paraná, a partir do ano 2000.

### 3.4 RESULTADOS OBTIDOS DE 1998 A 2001

O resultado mais importante do Comitê foi a estruturação de uma política de Saúde do Trabalhador no SUS-Paraná. As ações em Saúde do Trabalhador adquiriram abrangência estadual: dos 401 municípios do Estado, 180, incluindo todos os municípios com mais de 50 mil habitantes, já vem desenvolvendo investigação de óbitos e amputações causados pelo trabalho, antes da criação do Comitê no máximo 3 ou 4 grandes municípios desenvolviam alguma ação neste campo e, ainda assim, de forma pontual e assistemática no tempo e no espaço.

Há entre estes 180 municípios, que estão atuando junto ao Comitê, diferenças enormes quanto ao número e capacitação dos técnicos e quanto à vontade política para atuar nas questões de Saúde do Trabalhador. Apesar destas diferenças, todos estão investigando os eventos sentinela enviados pelo Comitê. Muitos demoram vários meses para devolver os casos e muitos enviam Fichas preenchidas fora dos parâmetros estabelecidos pelo Comitê, que são retornadas para serem corrigidas (há dois anos eram 70%, hoje são aproximadamente 40% dos casos).

O monitoramento da ocorrência dos eventos sentinela, óbito e amputação, vem sendo aperfeiçoado a partir da ampliação das fontes de dados e as informações produzidas estão sendo sistematizadas e retornadas aos municípios. O principal avanço nesta questão da informação foi o Comitê ter passado a utilizar como fonte, além da CAT, a Declaração de Óbitos, que pertence ao SUS; tem finalidade epidemiológica e não de previdência; e abrange toda a população, e não só aquela coberta pelo INSS.

Além das ações de vigilância caso a caso, que já passam de 1500 investigações de eventos sentinela, a grande dificuldade do Comitê vem sendo elaborar e aplicar planos de intervenção mais gerais, baseadas na sistematização das informações das fichas de investigação, preenchidas nas ações de vigilância. O Comitê tem buscado formas de definir estas ações na direção do “coletivo”, isto é, de identificar os padrões que se configuram nos ramos de atividade, nas causas e regiões onde esses eventos são mais frequentes.

Existem em andamento no Comitê vários destes processos que visam definir ações coletivas :



- a) Ramo da Construção Civil: este ramo, por ser o de maior ocorrência de óbitos típicos causados pelo trabalho no Estado, além de estar entre os primeiros também como causador de amputação pelo trabalho, tem sido priorizado em Curitiba e busca-se formas de expandir esta atuação para as maiores cidades do Estado, onde os acidentes graves neste ramo são mais freqüentes;
- b) Ramo da Madeira e do Mobiliário: o maior número de amputações causadas pelo trabalho se dá neste ramo, onde foi tentada a primeira ação coletiva, de várias instituições ligadas ao Comitê. A ação inicialmente proposta era abrangente, incluía definição de roteiro de inspeção, fiscalização conjunta, negociação com as instituições patronais e ações educativas; devido à pressão da demanda de cada instituição, a ação conjunta não foi priorizada o suficiente e acabou resultando apenas na colaboração para elaboração de materiais educativos sobre riscos e formas de prevenção de acidentes graves no ramo da madeira. Seguem pendentes ações interinstitucionais efetivas para atacar as causas destes acidentes;
- c) Óbitos causados por Acidentes de Trânsito Típicos: os óbitos ocorridos no trânsito com motoboys, motoristas e cobradores tem se destacado pelo volume e o Comitê está definindo um método de investigação e intervenções possíveis para estes casos, onde determinantes trabalhistas, da forma de pagamento por produção, no caso dos motoboys, por exemplo, é responsável por parte importante do problema;
- d) Óbitos entre vigilantes: entre os óbitos por arma de fogo no trabalho tem se destacado àqueles ocorridos com vigilantes e as investigações apontaram a falta de colete à prova de bala nestes trabalhadores. O Comitê, ainda que entenda haverem determinantes econômicos e sociais importantes que contribuem para estes acidentes, identifica a falta de colete à prova de bala como um determinante imediato que precisa sofrer uma intervenção. Assim, encontra-se em discussão a proposição de normatização do uso de colete à prova de bala como EPI (Equipamento de Proteção Individual).

Analisaremos, a seguir, os principais resultados obtidos pelas instituições que atuam em Saúde do Trabalhador em função do Comitê.

### 3.4.1 SUS

A SESA-PR teve papel fundamental, através da Coordenação de Saúde do Trabalhador e do CEMAST, nos anos de 1997 e 1998, na construção das referências de base do que viria a ser o Comitê, na capacitação da rede do SUS para atuar em Saúde do Trabalhador e nas reuniões com os gestores (Secretários Municipais de Saúde), conforme descrito anteriormente.

Em 1998 esta estruturação de ações de vigilância nas vigilâncias dos municípios foi definida pela SESA como um “Plano Mínimo”, que assentava um patamar de base para que, a partir dele, o SUS-PR construísse uma política estadual de Saúde do Trabalhador. Os dois eventos sentinela eleitos para iniciar este Plano foram o óbito e a amputação causados pelo trabalho; na sequência a SESA apontava para a “eleição” de novos eventos sentinela, para serem acrescidos `aqueles.

A partir de 1999, a SESA teve como função principal, no Comitê, centralizar as informações vindas das outras duas instâncias de coordenação do SUS no Comitê (CEMAST e SMS-Curitiba) e das regionais de Saúde e municípios fora da abrangência destas duas instâncias, na área que coube à SESA ter como abrangência para avaliação e encaminhamento dos casos do Comitê. Esta sistematização das informações vem sendo feita com grandes dificuldades (falta sistema, faltam técnicos, ocorreu o roubo do computador que não tinha cópia de segurança,...) e, por isso, os dados do Comitê estão com pouca consistência e faltam informações importantes para permitir o trabalho de avaliação do conjunto dos casos, bem como os encaminhamentos devidos às pendências, atrasos e dificuldades das vigilâncias com relação à investigação dos eventos sentinela.

Nos anos de 1999 e 2000 foram treinados menos técnicos centralizados na capital, para as vigilâncias dos municípios, abrangendo cerca de 200 pessoas, menos de 1/5 do ocorrido nos biênio anterior. Não ocorreu o acréscimo de outros eventos sentinela.

Entre as dificuldades da SESA-PR em fazer avançar a política de Saúde do Trabalhador deve-se assinalar o novo espaço que o setor passou a ocupar no organograma da Secretaria que incluiu o campo da Saúde Ocupacional da SESA-PR na Coordenação de

Saúde do Trabalhador, a partir de então denominada de Departamento de Saúde no Trabalho. Estas modificações de estrutura e denominação da Coordenação, que deixou o nome “Saúde do Trabalhador”, não foram apenas burocráticas e na forma das palavras, mas sim mudanças de concepção, que fizeram com que o “Plano Mínimo”, pouco antes ensejado, se tornasse o “Plano Máximo” e mesmo assim não fosse levado a cabo.

A SMS-Curitiba tem atuado em Saúde do Trabalhador, conforme apresentação feita no Conselho Municipal de Saúde, em abril de 2000, em dois eixos (1 e 2) e planejado, como próximos passos para serem dados nesta área, a atuação em mais dois eixos (3 e 4):

- 1) Investigação de casos de óbitos, amputações e acidentes graves causados pelo trabalho;
- 2) Vigilância no ramo da Construção Civil;
- 3) Implantar a Vigilância no ramo da Madeira e Mobiliário;
- 4) Implantar a Vigilância dos ramos de: Alimentos, Transporte(passageiros e carga), Metalúrgico, Hospitalar e Bancário.

As solicitações de investigação de óbitos e amputações feitas pelo Comitê têm sido estruturantes, sob vários aspectos, na definição da política de Saúde do Trabalhador da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, como mostra o relato feito ao Conselho Municipal de Saúde, onde o primeiro eixo de atuação coincide exatamente com o eixo de atuação do Comitê (investigação de óbitos e amputações) e o segundo eixo (vigilância no ramo da Construção Civil) deriva diretamente do primeiro, uma vez que o ramo da Construção Civil é o primeiro em número de óbitos típicos causados pelo trabalho, exceto os de trânsito, e o segundo em amputações causadas pelo trabalho no município.

Além disso, os eixos três e quatro, planejados para serem os “próximos passos” da atuação da SMS em Saúde do Trabalhador, seguem o mesmo critério de priorização dos ramos onde ocorre maior número de óbitos e amputações causados pelo trabalho, com exceção do ramo Bancário, priorizado pelo elevado número de casos de LER (Lesão por Esforço Repetitivo) identificado pelas CAT, pela demanda de estabelecimento de nexos com o trabalho, junto ao CEMAST, e pelas denúncias e solicitações feitas junto as CIST e Conselhos de Saúde pela APLER (Associação dos Portadores de LER).

Nas palavras do Setor de Saúde do Trabalhador da Secretaria: *“A partir dos casos enviados pelo Comitê, a Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba passou a investigar os óbitos e amputações causados pelo trabalho no município”* (ALBUQUERQUE & RAMOS, 2001). Durante o ano de 1999, foram investigados 117 eventos, 56 amputações e 61 óbitos, sendo que destes apenas 16 foram notificados através da CAT e 45 através da

D.O.(REZENDE & RAMOS & ALBUQUERQUE , 2000). O maior número de óbitos, em relação as amputações, se deve a utilização das D.O. como fonte (além das CAT, fonte única para as amputações) e levanta mais uma suspeita sobre a subnotificação dos outros AT (menos graves), uma vez que até os AT fatais estavam subnotificados.

Ao mesmo tempo que as demandas do Comitê têm estruturado o Plano de Saúde do Trabalhador da SMS-Curitiba, a atuação desta tem influenciado o Comitê:

- a) a partir da investigação das Declarações de Óbitos suspeitos de terem relação com o trabalho, feitas pela SMS-Curitiba no ano de 1999, o Comitê passou a adotar, a partir do ano 2000 as Declarações de Óbitos<sup>9</sup> como fonte de notificação para todo o Estado do Paraná;
- b) a forma de atuação “coletiva” nos eventos sentinela da Construção Civil tem servido de modelo para a discussão e elaboração de propostas de intervenção coletiva do Comitê;
- c) o acréscimo da investigação de acidentes graves, além dos óbitos e amputações, feito pela SMS-Curitiba, tende a ampliar os eventos sentinela definidos pelo Comitê para todo o Estado.

A partir da Investigação dos casos de óbitos e amputações causados pelo trabalho em Curitiba, identificou-se o Ramo da Construção Civil como sendo aquele em que ocorria o maior número destes eventos.

Analisando o banco de dados de CAT, no período de 1993 a 1998, a SMS-Curitiba identificou que cerca de 15% do total de Acidentes do Trabalho, 15% dos Acidentes do Trabalho Graves e 21% dos óbitos ocorreram em trabalhadores da Construção Civil, embora estes constituam apenas cerca de 7% da população trabalhadora do mercado formal. A causa principal destes acidentes foi a queda. (ALBUQUERQUE & RAMOS, 2001).

Por estes motivos, o ramo da Construção Civil foi eleito como o primeiro sobre o qual a Secretaria Municipal da Saúde deveria dirigir esforços no sentido de diminuir a incidência dos agravos causados pelo trabalho. Procedeu-se, então, a atualização dos roteiros e manuais e a capacitação das equipes para atuar nesta área: cerca de trinta técnicos, dos Distritos Sanitários e do Serviço de Saúde do Trabalhador, do nível central da Secretaria Municipal da Saúde, receberam treinamento sobre a Construção Civil, com 20 horas de duração.

Como próximo passo, formou-se o Grupo de Estudos em Saúde do Trabalhador, que tem sido o fórum de resolução dos problemas políticos e técnicos da atuação na Construção Civil, bem como um fórum de capacitação da vigilância.

---

<sup>9</sup> Apenas as Declarações de Óbitos com o campo Acidente do Trabalho preenchido como "sim "

Como os óbitos na Construção Civil ocorriam, em geral, em edifícios mais altos, a SMS estabeleceu, nesta primeira fase, o critério de fiscalizar todos os prédios em construção com mais de 4 pavimentos, considerando que:

*“(...) todos os prédios com mais de quatro pavimentos têm sido inspecionados e que os problemas de segurança têm sido corrigidos, nenhum óbito nestas condições deve voltar a ocorrer em Curitiba. Por não ser mais esperada, a ocorrência de qualquer óbito nestas condições caracteriza um evento sentinela. Isto significa que, além da busca das causas do acidente fatal, deverão ser identificadas as falhas ocorridas no próprio planejamento da vigilância e o percurso das ações deverá ser imediatamente corrigido”(ALBUQUERQUE & RAMOS, 2001).*

Para estabelecer parcerias e diminuir os atritos com as instituições atuantes na área da Construção Civil, foram realizadas reuniões entre a Secretaria Municipal da Saúde e as Direções dos Sindicatos Patronal e dos Trabalhadores da Construção Civil. A Secretaria apresentou um quadro situacional dos Acidentes de Trabalho graves e fatais na Construção Civil e as ações que passaria a implementar com vistas a diminuir os riscos de Acidentes de Trabalho nesta área.

Houve reuniões com o Sindicato Patronal, solicitadas pela Secretaria Municipal da Saúde, onde logrou-se estabelecer um diálogo, evidenciando que o Estado identificava a atuação nesta área como prioritária, em função do elevado número de óbitos, amputações e acidentes graves ali ocorridos. Apesar das resistências iniciais do setor patronal, que preferiria que a SMS não atuasse nessa área, estabeleceu-se um acordo, onde os técnicos do sindicato acompanhariam as inspeções, bem como sugeririam alterações no Roteiro de Inspeção da SMS, com base no Roteiro que o próprio sindicato mantinha, através do seu serviço para esta área, o SECONCI. A adequação do Roteiro foi feita, uma vez que ambos se baseavam na NR18 (Norma Regulamentadora número 18, do Ministério do Trabalho). Quanto à fiscalização conjunta, não chegou a ocorrer, pois o SECONCI voltou atrás nos entendimentos iniciais e passou a argumentar que “o SUS não devia fiscalizar empresas”.

A situação ficou mais tensa devido ao início das inspeções, em meados de 2000, a SMS foi “convidada” para uma reunião com o Comitê Regional Permanente da NR18 (órgão tripartite, formado por Sindicatos Patronais, Sindicatos de Trabalhadores e representantes do Ministério do Trabalho), para ouvir uma série de acusações do setor patronal e de técnicos do

Ministério do Trabalho. A principal acusação era que o SUS estava atuando sem ter base legal para tanto, também se acusava que os técnicos do SUS não eram habilitados para a atuação nesta área, que o Ministério do Trabalho não era chamado para discutir uma “atuação conjunta” com o SUS e que o SUS atuava muito “duramente” com as empresas.

Todas as acusações foram respondidas e desmentidas. Os questionamentos quanto à competência legal do SUS para atuar nesta área e quanto à qualificação dos técnicos têm como base a Norma Regulamentadora Número 1 (NR1), que diz ser competência exclusiva do Ministério do Trabalho, através de técnicos da área, atuar em ambientes de trabalho, ocorre que a lei que institui esta norma é anterior à Constituição Federal de 1988 e, portanto, não tem valor naquilo que contradiz a Carta Magna. Há também vasta jurisprudência na área que legitima a atuação do SUS<sup>10</sup>.

O questionamento quanto ao Ministério do Trabalho não ser chamado para discutir uma “atuação conjunta” também é infundado, pois há três instancias de controle social e atuação conjunta das instituições que atuam em Saúde do Trabalhador (CIST-PR, CIST-Curitiba e Comitê de Investigação de Óbitos e Amputações Relacionados ao Trabalho) e em todas elas o Ministério do Trabalho já participou, se ausentou sem explicação, foi insistentemente convidado a retornar e não o fez, aparece episodicamente.

Assim, se não há atuação conjunta, não é por falta de convite do SUS e demais instituições, como o Ministério Público, os Sindicatos e a Universidade, mas sim, por falta de vontade política do Ministério do Trabalho.

O questionamento do SUS atuar muito “duramente” junto às empresas se esboroou com o relato de que, àquela época, já haviam sido inspecionadas mais de duzentas obras da Construção Civil em Curitiba e nenhuma havia sido interditada ou infracionada. As irregularidades graves encontradas tiveram um prazo de 24 horas para ser resolvidas, com paralisação “voluntária” da obra, por parte da empresa, nas áreas sujeitas a acidentes em função destas irregularidades encontradas e prazos maiores, de 10 e 30 dias, para irregularidades menos graves. Na verdade, o que causou espécie foi o fato do SUS atuar, mesmo que não “duramente”.

---

<sup>10</sup> Documentos Legais, bem como pareceres jurídicos e jurisprudência para atuação do SUS em Saúde do trabalhador podem ser vistos no “Caderno de Saúde do Trabalhador – Legislação” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001)

Estas reuniões com o Sindicato patronal e com o Comitê Regional Permanente fizeram vir à tona os principais entraves que obstaculizam a atuação do Estado em Saúde do Trabalhador: a legalidade da atuação do SUS; a (des)qualificação dos técnicos; a falta de parceria e os embates com o setor “trabalho” do Estado e a reação “combatente” da ação do SUS, por parte do setor patronal e do setor “trabalho” do Estado.

Com o Sindicato dos Trabalhadores a parceria foi bem vista e ficou estabelecida uma ficha de notificação, a ser preenchida por um de seus diretores e enviada à Secretaria Municipal da Saúde, para inspeção, sempre que encontrada situação de grave risco nas obras em construção por eles visitadas.

Este processo, além de consolidar algumas parcerias, logrou diminuir, ou ao menos identificar claramente as áreas de atrito, uma vez que definiu as competências legais e a atuação da vigilância que se instalava.

Desde 1999 atuando na Construção Civil, a SMS inspecionou cerca de 400 obras e interditou e infracionou apenas uma, que barrou a inspeção da SMS e mantinha sem proteção máquina responsável por amputação de mão. O Plano de atuação em Saúde do Trabalhador de Curitiba prevê continuar o monitoramento das obras da Construção Civil e ampliar os ramos de atividade “monitorados” pela VIST.

### 3.4.2 Outras instituições do Estado

A Promotoria tem participado ativamente do Comitê desde a fundação e exercido o papel fundamental de acordo com as suas funções legais, de cobrar das Secretarias Municipais de Saúde a investigação e preenchimento da Ficha de Investigação do Comitê dos casos que passam mais de trinta dias no município.

No primeiro ano de estabelecimento do Comitê como fórum de coordenação e demanda de ações em Saúde do Trabalhador junto aos órgãos públicos do Paraná, houve um número elevado de casos (cerca de 70%) que demoraram mais de trinta dias para retornar. Com a atuação conjunta da Promotoria e das instancias avaliadoras do SUS, este número foi reduzido, para cerca de 40% dos casos enviados. Ainda que a demora permaneça elevada, em vários municípios o prazo e a qualidade da resposta tem melhorado.

A Promotoria tem dado suporte jurídico, para atuação das vigilâncias, em situações de resistência das empresas em serem inspecionadas e ajudado a solucionar casos complexos de

acidentes com óbitos e amputações que envolvem empresas terceirizadas e com sede em outros estados.

Casos investigados pelo Comitê, quando não estão encaminhados adequadamente, quanto ao direito civil ou previdenciário, tem sido assumidos pela Promotoria, que lhes dá seguimento jurídico.

A Procuradoria tem participado do Comitê desde a fundação e tem dado prosseguimento a investigações de casos de óbitos e amputações quando estes ocorrem com mais frequência num mesmo ramo ou numa mesma empresa.

Assim como a Promotoria, a Procuradoria tem dado suporte jurídico às análises e encaminhamentos de casos feitos pelo Comitê. Tem também atuado em conjunto com outras instituições do Estado (SUS, DRT e Promotoria) na resolução de casos complexos, como o de várias mortes causadas pelo trabalho na construção de montadoras de automóveis em São José dos Pinhais.

A Universidade Federal do Paraná têm participado desde a criação do Comitê, através do Departamento de Saúde Coletiva. A principal atuação da UFPR no Comitê tem sido na condução de pesquisas relacionadas ao uso dos dados e à construção das informações sobre os casos do Comitê.

A relação do INSS com o Comitê se dá através do envio da CAT, utilizada como fonte de notificação de óbitos e amputações causados pelo trabalho. No início do Comitê esta foi a principal fonte de notificação, a partir de 1999 a Declaração de Óbitos foi introduzida como fonte de notificação em Curitiba e, a partir de 2000, no Paraná.

Em outubro de 2000, a direção do INSS decidiu cessar o repasse de CAT ao SUS e enviou um informativo aos emissores de CAT comunicando o fato. Esta atitude autoritária do INSS teve como resultado desestruturar o único diagnóstico<sup>11</sup> de morbimortalidade por acidentes do trabalho organizado no Paraná.

Em dezembro de 1999, uma plenária conjunta das CIST-PR e CIST-Curitiba e INSS, estabeleceu um acordo, com vistas a originar “Ações Regressivas”<sup>12</sup> do INSS junto às empresas responsáveis pelos óbitos cuja pensão aos familiares é paga pelo Estado. Segundo o acordo, o Comitê identificaria casos de “acidentes” do trabalho com óbito, onde o processo já

---

<sup>11</sup> as CAT recebidas do INSS pelo SUS eram codificadas, digitadas, analisadas e distribuídas como informação para a ação em Saúde do Trabalhador às instituições e pessoas que atuantes ou estudiosos da questão

<sup>12</sup> Ações Regressivas, neste caso são ações que o Estado (INSS) pode mover contra o empregador, por ter sido este o responsável pelo óbito do trabalho, para ressarcir o Erário dos gastos que tal evento tenha gerado para o INSS, tais como pensões.



tivesse tramitado em julgado e comprovada a responsabilidade do empregador no “acidente” e enviaria ao INSS para que abrisse as Ações Regressivas. Desde então foram enviados doze casos, selecionados pelo Ministério Público, ao INSS, que não abriu nenhum caso.

A DRT participou da fundação do Comitê, em 1997, depois de alguns meses deixou de participar do Comitê e da CIST-PR, apesar de inúmeras solicitações para que comparecesse as reuniões e assumisse parte das investigações.

O único fórum de controle social em que seguiu participando foi o Conselho do Hospital do Trabalhador, onde assumiu compromissos de receber as CAT de amputação que dessem entrada neste hospital, investigar os casos e retornar as informações ao Comitê. Nenhum caso foi retornado ao Comitê.

Técnicos da DRT distribuíram documento de Tribunal Federal, com parecer provisório, que definia que o SUS não devia atuar em ambientes de trabalho, recomendando que as empresas não acatassem as orientações dos técnicos do SUS para corrigir irregularidades encontradas nos ambientes de trabalho.

A DRT se posicionou contra a atuação do SUS em Saúde do Trabalhador no CRP.

### 3.4.3 Movimento Sindical e Popular

As informações do Comitê, quanto ao diagnóstico da situação de saúde dos trabalhadores dos ramos de atividade onde tem ocorrido óbitos e amputações causados pelo trabalho, bem como as ações desenvolvidas pelo Estado para eliminar as causas destes eventos, têm sido utilizados nos fóruns de Controle Social em Saúde do Trabalhador (principalmente CIST-PR e CIST-Curitiba), pelas instituições representantes de trabalhadores para monitorar as ações desenvolvidas pelos órgãos públicos na manutenção da saúde dos trabalhadores.

Participaram da fundação do Comitê a CUT (Central Única dos Trabalhadores) e a FS (Força Sindical).

A FS tem participado de forma esporádica do Comitê, assim como dos outros fóruns de controle social em Saúde do Trabalhador (CIST-PR e CIST-Ctba), sem chegar a estabelecer ações significativas.

A CUT participa ativamente da estruturação do Comitê e tem utilizado as informações geradas neste fórum para definir prioridades de atuação do Coletivo de Saúde do Trabalhador

e Meio Ambiente da Central, para cobrar ações dos órgãos públicos responsáveis pela atuação na área e também para organizar os trabalhadores lesionados pelo trabalho, como na atuação conjunta com o Fórum Popular de Saúde na construção da ADVT (Associação de Defesa das Vítimas do Trabalho)(descrita a seguir).

No ano de 1999 solicitou ingresso no Comitê e passou a participar dele a FETRACONSPAR (Federação dos Trabalhadores nas Indústrias da Construção e do Mobiliário do Paraná. A Federação tem utilizado as informações de óbitos e amputações nos ramos da Construção Civil e da Madeira para subsidiar negociações com o setor patronal, estabelecer cláusulas de saúde e segurança nos contratos coletivos e solicitar inspeções em empresas que causam maior número de acidentes graves.

Os coletivos de Saúde do Trabalhador do Fórum Popular de Saúde de Curitiba<sup>13</sup> e da Central Única dos Trabalhadores, ao identificarem, através dos dados do Comitê e das CAT, o grande número de óbitos, amputações, acidentes graves e doenças causados pelo trabalho no Paraná e a falta de uma organização de trabalhadores que tivessem sofrido acidentes e doenças do trabalho, auxiliaram na convocação e organização de plenárias de trabalhadores vitimados pelo trabalho. Estas plenárias criaram, em 5 de junho de 2001, a Associação de Defesa das Vítimas do Trabalho.

No documento que convoca a primeira plenária, indica-se que:

*“os governos têm vários setores responsáveis por atuar nesta área (INSS, DRT, SUS, Secretarias do Trabalho), mas na prática têm feito pouco ou nada para melhorar esta situação:*

*1-Na empresa, a notificação do Acidente ou Doença quase sempre é mal vista pelo patrão e não ocorre ou é mal feita;*

*2-Na previdência (INSS) a busca do “benefício” acidentário é um calvário, onde os trabalhadores têm que enfrentar “peritos” que fazem de tudo pra negar os benefícios e um setor de reabilitação mal equipado e que procura devolver o mais rápido possível o trabalhador para a empresa;*

*3-As consultas e os exames para estabelecer a relação entre a doença e o trabalho, assim como a reabilitação e o suporte psicológico no*

---

<sup>13</sup> “O FÓPS existe há dez anos e busca melhorias para a saúde em Curitiba e Região Metropolitana, é formado por pessoas de associações de moradores, militantes de sindicatos e profissionais de saúde, tem reuniões mensais com o objetivo de organizar a luta pela saúde junto ao poder público.” (FÓPS, 2001)

*SUS (Sistema Único de Saúde) dependem de esperas enormes e têm baixa resolução;*

*4-A fiscalização das situações que oferecem risco à Saúde dos Trabalhadores nas empresas, feitas pelo SUS ou pela DRT(Delegacia Regional do Trabalho), quase não ocorrem” (FÓPS, 2001).*

Esta crítica, feita pela ADVT, mostra que o Estado possui estruturas burocrática para responder as demandas no campo da Saúde do Trabalhador, mas que estas estruturas estão muito longe de atender adequadamente as necessidades para as quais foram criadas e muito mais longe ainda de modificar a realidade, isto é, as causas dos acidentes e doenças do trabalho.

A ADVT é um fórum que busca organizar os trabalhadores lesionados e seus parentes para reivindicar direitos e cobrar do Estado sua responsabilidade nas questões de preservação e promoção da saúde dos trabalhadores e dos direitos civis, previdenciários e trabalhistas. (ADVT, 2001).

Este fórum se coaduna com os objetivos do Comitê e pode fazer importante ligação e representação do conjunto dos trabalhadores lesionados, inclusive os do mercado informal, que são o elo mais fraco da classe trabalhadora, exposto a situações de risco mais elevado e mais desprotegidos pelo Estado. A ADVT tende a atuar mais amplamente do que as centrais sindicais, que normalmente atuam em defesa de seus associados sindicalizados, ou seja, do mercado formal.

Antes da criação da ADVT, existiam apenas Associações de Portadores de Lesões por Esforço Repetitivo (APLER) em Curitiba e em Cascavel, o que demonstra o “vazio” organizativo e a necessidade que de associações deste tipo para lutarem pela defesa da vida no trabalho.

### **3.5 COMITÊS EM OUTROS ESTADOS: RIO GRANDE DO SUL, BAHIA e SÃO PAULO.**

Durante o ano 2000, a proposta do Comitê foi apresentada a plenárias, por solicitação das Coordenações estaduais de Saúde do Trabalhador do Rio Grande do Sul e da Bahia e municipal de Goiânia. Destas plenárias ficou o compromisso de se procurar desenvolver nestes Estados experiências semelhantes a do Comitê do Paraná, com vistas a implantar ou implementar a política de Saúde do Trabalhador.

Convém destacar que São Paulo (capital) recentemente, em agosto de 2001, criou um Comitê Municipal para a Prevenção de Acidentes Fatais e Graves no Trabalho.

A seguir, destacaremos questionamentos relevantes sobre o papel do Comitê feitos nas plenárias da Bahia e do Rio Grande do Sul:

#### **Rio Grande do Sul**

No início do ano 2000 foi feita uma apresentação do funcionamento e resultados do Comitê de Investigação de Óbitos Relacionados ao Trabalho em uma plenária estadual que discutia e elaborava as linhas de ação do SUS-RS em Saúde do Trabalhador.

A apresentação se baseou nos resultados do SUS-PR, que, àquela época, contava com cerca de 120 municípios investigando os eventos sentinela do Comitê e, principalmente, nos resultados obtidos pela SMS-Curitiba.

Após a apresentação, houve debate entre os membros da mesa e o plenário, de onde destaco uma questão, feita pelo representante da Procuradoria do Trabalho à SMS-Curitiba:

Como é que vocês, num governo do PFL (Partido da Frente Liberal, conservador, de direita), conseguiram fazer avançar a política de Saúde do Trabalhador no Estado do Paraná e, especialmente, no Município de Curitiba?

O autor, que àquela ocasião, representava a Coordenação de Saúde do Trabalhador da SMS-Curitiba no evento, respondeu que:

- 1) Em primeiro lugar os resultados alcançados, tanto no SUS-PR, quanto na SMS-Curitiba, são muito pequenos perto do “tamanho do problema”, a priorização se deu em apenas dois eventos sentinela (graves e evitáveis) e um Ramo de Atividade (a Construção Civil), de um universo de acidentes e doenças do trabalho que possui dezenas de eventos que poderiam ser “sentinelas” e não foram priorizados.
- 2) O estabelecimento deste “Plano Mínimo” não se deveu a uma política do governo do PFL, mas sim a uma “associação” do Movimento Sindical, do Ministério Público e de técnicos militantes, funcionários do SUS e da Universidade Federal do PR, que criou o “fórum” Comitê, de onde partiram as demandas que estruturaram a política de Saúde do Trabalhador. Deve-se destacar que, apesar do governo ser do PFL, os funcionários são trabalhadores, e não capitalistas, e desde que tenham posição de classe, na defesa da vida e saúde dos trabalhadores, podem “cavar” espaços e construir ações como as descritas.
- 3) Por último é preciso dizer que, se não fosse a existência e consistência da CIST-PR, depois do Comitê e, por último da CIST-Curitiba, os técnicos do campo da Saúde do Trabalhador não poderiam ter garantido nem este “Plano Mínimo” em Saúde do Trabalhador, como ocorreu antes da existência dos dois últimos fóruns e quando o primeiro estava se estruturando, no período de 1990 a 1996. Seguramente as plenárias, com periodicidade mensal e presença de 15 instituições, em média, que as duas CIST mantêm desde a sua origem, somada a presença e resoluções sobre o campo nas Conferências de Saúde e de Saúde do Trabalhador, foram o maior “sustentáculo” da política de Saúde do Trabalhador em Curitiba e no Paraná.

## BAHIA

Seminário promovido pela CIST-BA, ocorrido em novembro de 2000, procurou traçar as linhas gerais de funcionamento de um Comitê, chamado de Fórum de Investigação de Acidentes Graves e com Óbito para o Estado da Bahia.

O autor deste texto esteve neste Seminário contando a experiência do Comitê do Paraná, e registra abaixo as principais questões feitas pela plenária quanto ao Comitê do Paraná:

1- Dado o problema: a quantidade e gravidade dos acidentes do trabalho. Por onde começar, quais os primeiros passos para se enfrentar as causas destes acidentes e promover saúde no trabalho?

Deve-se começar pelo mais importante, pelo mais grave; no Paraná “elegemos” este mais importante e mais grave como sendo os óbitos e amputações causados pelo trabalho. Depois é preciso seguir estruturando uma política passo a passo, capacitando a vigilância, estabelecendo o “fórum” Comitê, para então avançar para outros eventos, sempre com o critério da prioridade epidemiológica.

2- Por que não há participação do setor patronal no Comitê do Paraná?

Porque o Comitê é “executivo”, avalia investigações de acidentes graves e fatais causados pelo trabalho, o setor patronal participando do Comitê estaria, no limite, “avaliando” a si próprio, o que não faria sentido. Além disso, o Comitê é um esforço de trabalhadores e setores de Saúde do Trabalhador de várias instituições do Estado para fazer o próprio estado cumprir a Lei, ou ao menos uma parte do que tange às atribuições legais do Estado em Saúde do Trabalhador, e para fazer o Capital (setor patronal) “melhorar” as condições de trabalho. O Comitê é uma “trincheira” de luta contra a exploração do trabalho pelo capital e não faria sentido chamar o setor “explorador” para dentro da “trincheira”.

3- Como fazer para ter informações mais precisas sobre os acidentes do trabalho do que aquelas fornecidas pelas CAT ?

No Paraná, a base de informações foi ampliada com a utilização da Declaração de Óbitos como fonte de notificação para o Comitê, cuja principal vantagem é abranger tanto trabalhadores formais quanto informais e desempregados. Além disso, o SUS-Paraná está tentando estruturar um Sistema de Informação de Acidentes do Trabalho junto aos Pronto-Socorros e Clínicas de Fraturas, hoje isto só funciona em um hospital, o Hospital do Trabalhador, em Curitiba, quando passar a funcionar na rede do SUS, este sistema fornecerá informações de acidentes graves, que abrangerão tanto trabalhadores formais quanto informais e desempregados. Além da questão da abrangência, este Sistema deverá ser mais

rápido e confiável por pertencer ao SUS, do que o atualmente vigente, que depende das CAT do INSS.

É importante deixar claro que estas fontes de informação são mais fiéis à realidade enquanto não estão identificadas pelo capital como tendo esta utilidade. Portanto, é preciso, além de utilizar as fontes oficiais de informação, estar construindo permanentemente novas fontes que permitam uma maior compreensão da realidade da Saúde dos Trabalhadores.

4- Qual é o “ponto chave”, o “pulo do gato” do Comitê no Paraná?

Estruturar ações do SUS em Saúde do Trabalhador, através de:

Construção de fórum executivo interinstitucional com as principais instituições do Estado com atribuição legal de atuar em Saúde do Trabalhador, especialmente o Ministério Público, e com “controle social” feito pelas centrais sindicais e sindicatos onde os “eventos sentinela” eleitos estejam presentes;

Manutenção de “demanda” constante, com base epidemiológica, ou seja, envio às vigilâncias dos municípios de “eventos sentinela” para serem investigados tão logo ocorram.

### **3.6 AVALIAÇÃO DOS AVANÇOS E DIFICULDADES DO COMITÊ**

A existência do Comitê criou referência e respaldo político para atuação das várias instituições que compõem o próprio Comitê e para aquelas que atuam no campo da Saúde do Trabalhador. Esta referência, não estando submetida a nenhuma instituição em particular corre menos riscos de ser “desmontada” por algum governante que decida que ela não deve existir. O fato de o Comitê ser um “fórum” de entidades lhe dá legitimidade e consistência política para garantir atuação no campo da Saúde do Trabalhador.

Esta referência política será mantida e poderá avançar à medida que a correlação de forças dentro do Comitê aponte na direção da defesa da vida e saúde dos trabalhadores como objetivo máximo, submetendo a estes todos os outros.

Tem surtido efeito o método adotado pelo Comitê de solicitação, via ofício, pela Promotoria, direto ao secretário de Saúde, quando os casos enviados não são retornados em 30 dias às instancias avaliadoras do SUS. Entretanto, persistem alguns problemas políticos, onde o exemplo mais gritante de Estado “inoperante”, quando se trata de fazer o capital cumprir a lei, é o caso do Município de São José dos Pinhais, município da Região Metropolitana de Curitiba que sofreu um surto de crescimento industrial com a chegada das montadoras/maquiladoras de automóveis nos últimos anos: ocorreu, numa madeireira deste



município, um óbito do trabalho causado por uma máquina sem proteção; o Comitê recomendou a imediata interdição da máquina, para evitar novos acidentes; passados dois anos e seguidas solicitações da SESA-PR, do Cemast e da Promotoria da Defesa da Saúde do Trabalhador a máquina seguia funcionando sem proteção.

O Comitê conseguiu assentar as bases para uma política estadual de Saúde do Trabalhador no SUS do Paraná: 180 municípios (cuja população abrange mais de 80% da população do Estado), dos 401 que existem no Paraná, passaram a atuar nos ambientes de trabalho, no mínimo, investigando óbitos e amputações causados pelo trabalho e tomando as medidas necessárias para eliminar suas causas imediatas. Antes da existência do Comitê, apenas 3 ou 4 municípios atuavam nesta área e, ainda assim, esporádica e pontualmente.

Ainda que esta forma de atuar do Comitê privilegie a questão legal, esta se reveste de relevância, *“posto que a primeira linha de contenção patronal é a legislação de trabalho vigente, torna-se [portanto] necessário gerar elementos de conhecimentos, dentro deste modelo” (LAURELL & NORIEGA, 1989, p 53).*

Esta política do Comitê estabeleceu um “Plano Mínimo”, com base principalmente na atuação das Vigilâncias Sanitárias das Secretarias Municipais de Saúde. Desde 1998, este mínimo, entretanto, foi o máximo que a SESA-PR realizou, não houve acréscimo de recursos humanos para atuar na área; não houve novos investimentos em capacitação da vigilâncias dos municípios (depois dos Seminários e Oficinas mencionados no início deste capítulo); não foram criados os 5 Centros de Referência aprovados em Conferências e elencados pela SESA como prioridade para o campo da Saúde do Trabalhador nos Planos de Saúde que apresentou ao Conselho de Saúde e Conferências desde 1997. A manutenção deste “mínimo” tem ocorrido muito mais função da atuação no Comitê do Ministério Público, dos Sindicatos, da Universidade Federal do Paraná e de técnicos militantes do SUS do que em função de uma “política” do SUS-PR para o campo da Saúde do Trabalhador.

A SESA-PR não tem conseguido sequer manter atualizados os dados do Comitê<sup>14</sup>, para permitir às instituições que o compõem “enxergar” claramente o que está ocorrendo e propor medidas de correção e atuações coletivas nos problemas mais relevantes.

---

<sup>14</sup> nas reuniões de abril e maio de 2001 constatou-se que: Após várias apresentações dos dados no Grupo de Trabalho do SUS e no Comitê, persistem várias lacunas que ainda não puderam ser resolvidas, por exemplo: há menos casos de óbito causados por eletrocussão no Paraná(incluindo todos os municípios) do que em Curitiba; há 15 casos de óbitos causados por arma de fogo/branca no Paraná, sendo que em Curitiba há 12. Estas e outras lacunas importantes persistem, como a falta de cerca de metade dos dados como causas e ramos em que ocorreram os eventos.

A atuação do SUS avançou além deste “Plano Mínimo” apenas em União da Vitória, que inspecionou a maioria das madeireiras da sua área de abrangência e em Curitiba, que vem monitorando as condições de segurança das obras da Construção Civil. Estes municípios passaram a atuar, além de sobre casos individuais (investigação dos eventos sentinela), em casos coletivos. Este avanço, porém, é bastante relativo, uma vez que vários outros ramos de atividade são causadores dos eventos sentinela priorizados: em Curitiba, por exemplo, os ramos da Madeira/Mobiliário, Alimentos, Transportes e Metalurgia constam dos Planos de Saúde do Trabalhador da SMS desde 1999, em função dos dados do Comitê, sem que tenha ocorrido uma atuação sistemática da VIST sobre eles.

No caso da SMS-Curitiba, os Planos de Saúde do Trabalhador apontam estes ramos (à exceção do ramo de Alimentos e com o acréscimo do Vestuário) como prioritários desde 1995, em função dos dados das CAT. Além destes, os ramos Bancário e Hospitalar também aparecem no Plano desde 1999, em função do grande número de casos de LER e de acidentes graves, respectivamente. Estas “priorizações” ocorridas nos Planos da SMS são uma “escolha”, um “recorte” no universo de empresas, com vistas a dirigir esforços sobre o mais importante, que oferece mais riscos. Apesar disto, somente uma pequena parte da “priorização” foi realizada nestes 6 anos de execução dos Planos de Saúde do Trabalhador. Isto mostra que, mesmo onde a atuação da SMS avançou mais no Paraná, que foi em Curitiba, avançou muito pouco, comparado com o tamanho do problema.

Nas dificuldades enfrentadas pelo Comitê percebe-se claramente a natureza do modo de produção capitalista, em sua versão neoliberal brasileira:

1- A própria necessidade da existência e a importância, reiterada inúmeras vezes neste texto, que o Comitê tem, no sentido de fazer com que o Estado cumpra uma parte da sua responsabilidade legal na questão de preservar a vida e a saúde dos trabalhadores, constituem uma eloqüente denúncia do não cumprimento destas responsabilidades do Estado e da mera formalidade burocrática e discursiva de que se revestem as leis desta área no Brasil. Este não cumprimento da lei não é “acidental”, casual, antes constitui a regra do que a exceção, e demonstra a necessidade que o capital tem de “consumir” a vida e a saúde dos trabalhadores para poder existir e se desenvolver.

2- As instituições do Estado não atuam de forma combinada, sincronizada, para obterem melhorias nas condições de saúde dos trabalhadores. O Comitê conseguiu instalar algumas

áreas de atuação conjunta destas instituições, mas as diferentes formas de “ver” a questão tem sido obstáculo permanente para ações mais expressivas de articulação e ação intersetorial. O olhar de “Saúde Ocupacional”<sup>15</sup> de instituições como a DRT e o INSS impediram que houvesse ações conjuntas destas com o SUS, por exemplo, na fiscalização/vigilância dos ambientes de trabalho.

Aqui, novamente, é visível o caráter de classe e a subalternidade ao poder econômico que tem o Estado, uma vez que ações deste, no sentido de “preservar” o capital, contra roubo de propriedade, por exemplo, têm um aparato muitas vezes mais estruturado (órgãos de repressão) e sincronizado entre as diversas instituições que atuam na área do que aquele para “preservar” o trabalhador. Não se vê dúvida sobre que medida tomar com relação ao criminoso que incide contra o capital, os diversos órgãos repressores atuam para encarcerá-lo e recuperar o que tenha roubado e absolutamente todos os casos são investigados e alguma pena sempre recai sobre o criminoso, a não ser que não se consiga pegá-lo.

Já os casos de “acidentes” não “acidentais”, cujas causas estão bem definidas e são de responsabilidade do capital e o “acidentado” é o trabalhador, não recebem o mesmo tratamento. Para observar só os casos mais extremos, morreram no Brasil mais trabalhadores nos últimos 30 anos (118.161 mortes), segundo as estatísticas da previdência, devidamente criticadas por sua inconsistência e registro de números inferiores à realidade), do que soldados nas guerras em que o Brasil participou ao longo da República e a responsabilidade por estes óbitos raramente recai sobre o capital, o Estado segue inclusive pagando a pensão para os parentes do trabalhador morto no trabalho, sem ser ressarcido, ou seja, o óbito causado pelo capital é pago pelo Estado.

3- Os casos de Eventos Sentinela investigados pelo Comitê são gravíssimos (óbitos e amputações causados pelo trabalho) e fica evidente, pelos dados analisados, que não são “acidentais” ou “casuais”, ocorrem regularmente, conforme Marx: como as estações do ano. Pode-se precisar os ramos de atividade em que mais ocorrem/ocorrerão. Mesmo estes casos gravíssimos não estavam sendo investigados antes da existência do Comitê, a não ser episodicamente. Os setores do Estado responsáveis por atuar nesta área o fazem de forma “frouxa”, pontual, atuando sobre denúncias e motivações “campanhistas”, sem continuidade nem avaliação nem transparência nos resultados das ações. Estes casos gravíssimos são pouco fiscalizados e há grande dificuldade de se estabelecer medidas consistentes do Estado

---

<sup>15</sup>os conceitos de Saúde Ocupacional e Saúde do Trabalhador foram discutidos no item 3.1.

no sentido de evitar a ocorrência de novos casos em situação semelhante. Se é assim com os casos mais graves (de óbitos), que dirá dos “menos graves”, como amputações, traumatismos, queimaduras, LER, pneumoconioses,...

4- Apesar das ações serem demandadas pelo Comitê, que é interinstitucional e tem abrangência estadual, alguns municípios seguem não fazendo sequer a investigação.<sup>16</sup> Isto evidencia novamente o caráter de classe, a subsunção ao capital, que tem o Estado: apesar da Constituição Federal determinar que o SUS deve atuar para garantir a saúde dos trabalhadores e das leis que regulamentam a matéria constitucional serem muito claras e da demanda de ação, da pressão do Ministério Público sobre a prefeitura, ainda assim impera a inoperância do órgão executor.

#### **CAPÍTULO 4: A EDUCAÇÃO TÉCNICA E POLÍTICA NO COMITÊ DE INVESTIGAÇÃO DE ÓBITOS E AMPUTAÇÕES RELACIONADOS AO TRABALHO DO PARANÁ**

Uma vez resolvida a competência legal do SUS atuar em Saúde do Trabalhador<sup>17</sup>, restaram dois grandes “vazios” para que as atribuições definidas na CF de 1988 e normas subseqüentes passassem a ser postas em prática: 1) a competência técnica, a capacitação dos profissionais das vigilâncias para atuar em Saúde do trabalhador e 2) a competência ou vontade política do Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde.

Estas duas formas de educação caminharam juntas no Comitê, que fomentou e propiciou uma série de atividades educativas, junto às instituições que o compõem.

---

<sup>16</sup> por exemplo: São José dos Pinhais (citado neste capítulo)

<sup>17</sup> o que ocorreu de forma tumultuada, com o setor trabalho de Estado e o Capital questionando a legalidade das ações do SUS em Saúde do Trabalhador e com vários pareceres de Conselhos, Promotorias e outros, conforme se pode ver no “Cadernos de Saúde do Trabalhador: Legislação”, do MS, publicado em 2001

#### **4.1 SUS (SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE): 1997 E 1998**

A educação, tanto técnica quanto política, foi constituinte fundamental na estruturação das referências de base do Comitê. Este processo envolveu perto de 400 técnicos das vigilâncias, em 1997 (em Paranaguá, União da Vitória, Curitiba, Maringá, Pato Branco, Cascavel, Londrina, Ponta Grossa), dos quais, cerca de 200 participaram novamente, em 1998, durante o processo denominado “Protegendo a Vida” (que realizou uma série de cursos em várias regiões do Estado, abrangendo mais de 10mil pessoas neste ano) fazendo a segunda etapa do curso. Também participaram cerca de 200 sindicalistas e trabalhadores. Neste mesmo processo foram feitas palestras, sobre a Política de Saúde do Trabalhador que se instalava no Estado, para todos os Secretários Municipais de Saúde, para os Conselheiros de Saúde e trabalhadores que participaram deste processo. Nestes dois anos ocorreu o maior esforço formativo para construção de uma política de Saúde do Trabalhador no SUS-PR.

Os treinamentos buscaram disseminar a atribuição legal do SUS no campo da Saúde do trabalhador, que, apesar de estar descrita na Carta Magna desde 1988, permanecia desconhecida ou, não posta em prática pela maioria das Secretarias de Saúde. Evidentemente a não atuação nesta área não tinha como causa apenas o “desconhecimento”, mas sim, principalmente, a falta de priorização política, da maioria dos governos, da defesa da vida e

---

da saúde no trabalho. Assim, este tópico no treinamento, feito pela SESA-PR, teve a função de estabelecer esta decisão política da SESA em atuar, bem como definir que haveria, dali pra diante, tanto respaldo para, quanto cobrança<sup>18</sup> da atuação dos municípios na investigação de óbitos e amputações causados pelo trabalho, bem como do “Plano de Atuação em Saúde do Trabalhador” das SMS.

Além de tratar das questões legais, os treinamentos realizaram uma primeira aproximação de questões técnicas, ao tratar situações concretas, exemplos de casos de óbitos e amputações mais comumente causados pelo trabalho no Paraná, abordando as causas mediatas e imediatas e forma de atuação da VIST na investigação e tomada de medidas. Na segunda aproximação, em 1998, tratou-se de investigação e atuação coletiva nos ramos de atividade que mais causavam óbitos e amputações em cada região do estado. Também foram objeto dos treinamentos a identificação de fontes de notificação (que pudessem melhorar o diagnóstico da situação da saúde dos trabalhadores destes municípios) e o planejamento de ações em VIST, com base neste diagnóstico, que buscasse intervir nas causas imediatas/mediatas dos acidentes graves causados pelo trabalho.

Além destes treinamentos e palestras, em 1998, ocorreram 3 plenárias com os técnicos das vigilâncias da abrangência do CEMAST, somando cerca de 100 presentes, com apresentação e discussão das experiências que os municípios vinham desenvolvendo em Saúde do Trabalhador.

Nos anos de 1997 e 1998, a Coordenação de Saúde do Trabalhador da SESA e o CEMAST, fizeram a orientação de várias pesquisas de especialização em Saúde do Trabalhador, com os temas relacionados a: proteção de máquinas, intoxicação por agrotóxicos, notificação de acidentes do trabalho. Além de vários trabalhos de graduação.

Para o final do ano de 1998 foi articulado, pela Coordenação de Saúde do Trabalhador das Secretarias Estaduais de Saúde do PR, RJ, SP, BA e MG e do Ministério da Saúde, um Encontro Nacional de Saúde do Trabalhador. Este Encontro seria o primeiro do SUS no Brasil, para discutir os dez anos de Saúde do Trabalhador no SUS, fazer uma grande avaliação das experiências e projetar os próximos passos para o campo. O Encontro foi “abortado” duas semanas antes da data da realização, segundo o Ministério da Saúde, por

---

<sup>18</sup> tanto a cobrança quanto o respaldo político para a atuação das SMS em Saúde do Trabalhador passaram a ser feitas, a partir da criação do Comitê (em dezembro de 1997) pelo Comitê, especialmente pela Promotória de Defesa da Saúde do Trabalhador.

falta de verba para pagar as passagens dos palestrantes e veio a ocorrer em junho de 1999, em Brasília.

Este processo de Educação Técnica e Política, que estabeleceu uma base para a Política de Saúde do Trabalhador do SUS-PR, envolveu técnicos de mais de 150 municípios, que abrangem mais de 80% da população do Estado, a maioria em mais de um evento educativo, além de ter abrangido também trabalhadores e conselheiros de saúde e todos os Secretários Municipais de Saúde. Não foi “por acaso” que o Encontro Nacional de Saúde do Trabalhador foi articulado no PR e deveria ter sido realizado aqui, em 1998, foi porque a Saúde do Trabalhador, com toda a precariedade descrita antes, se estruturou, neste período (1997-98), como política no Estado.

#### 4.1.1 SESA-PR: 1999 e 2000

No ano de 1999, a Coordenação de Saúde do Trabalhador da SESA se tornou Departamento de Saúde no Trabalho e passou a incorporar o campo da Saúde Ocupacional da SESA-PR. Além de passar a ocupar, no organograma da SESA, um posto mais elevado, o Departamento vem aumentando o seu quantitativo de recursos humanos, tendo passado de duas pessoas, em 1997 e 1998, para 7 pessoas, em 1999 e 2000. Apesar deste crescimento, a Educação em Saúde do Trabalhador, um dos papéis principais da SESA-PR neste campo, foi reduzida enormemente, em relação aos dois anos anteriores, abrangendo menos técnicos (cerca de 200 em 1999 e 2000), com eventos mais centralizados na capital do estado (2/3 dos eventos foram em Curitiba e Região Metropolitana) e não contando com a participação de trabalhadores, conselheiros ou gestores.

#### 4.1.2 SMS-Curitiba

A SMS-Curitiba formou, em função da atuação no Ramo da Construção Civil, prioridade eleita com base nas demandas do Comitê, o Grupo de Estudos em Saúde do Trabalhador – GEST: interno da SMS, com os técnicos que passaram pelo treinamento, para atuação no Ramo da Construção Civil, com a função de identificar as dificuldades encontradas pela vigilância nas inspeções de Saúde do Trabalhador, definir roteiros de vigilância e padronizar prazos para correção das irregularidades. O GEST funciona como uma instância de capacitação e padronização das ações da vigilância em Saúde do Trabalhador de Curitiba (ALBUQUERQUE & RAMOS, 2001).

## **4.2 AS INVESTIGAÇÕES DOS EVENTOS SENTINELA**

Todos os casos de Evento Sentinela (óbito e amputação) que o Comitê envia aos municípios para serem investigados são avaliados pela instância de coordenação do SUS no Comitê e, caso estejam em desacordo com os critérios priorizados pelo Comitê, retornam à município para serem completados ou refeitos. Este processo de idas e vindas tem sido um instrumento importante para a educação técnica e política dos profissionais que realizam a investigação dos eventos.

Nas avaliações dos casos retornados pelo Comitê percebe-se que, há dois anos, retornavam perto de 70% dos casos e, no ano 2000, retornaram perto de 40%. Isto evidencia que está ocorrendo uma melhora na capacitação das vigilâncias para seguir os parâmetros preconizado pelo Comitê, mas que ainda é grande a dificuldade (40%) na investigação dos eventos sentinela e no relato adequado desta investigação.

Na SMS-Curitiba ocorrem reuniões, à medida do acúmulo de casos complexos ou não resolvidos, com vistas a analisar e encontrar soluções para os impasses das investigações,



entre a equipe do Distrito Sanitário, que realiza as investigações, e a instância de coordenação do SUS no Comitê, a Coordenação de Saúde do Trabalhador da SMS. No início do processo, em 1998, praticamente todos os casos a serem investigados precisavam passar por estas reuniões antes de serem concluídos. O aprendizado vem se dando paulatinamente e, no ano 2000, 4 distritos, dentre os 8 de Curitiba, resolveram a maioria dos seus casos sem recorrer à Coordenação.

#### **4.3 AS INSTITUIÇÕES NO COMITÊ**

Tem havido, entre as diversas instituições que compõem o Comitê, um processo de capacitação, através da discussão dos problemas encontrados nas investigações. Cada instituição tem uma “missão” diferente e, portanto, um “olhar” e instrumental de intervenção também diferenciados. Há pelo menos três diferentes “olhares” a compor o Comitê: 1) o epidemiológico do SUS; 2) o legal, do Ministério Público e 3) o do desgaste do trabalho, dos trabalhadores. Cada uma destas instituições tem influenciado as outras, no sentido de utilizar melhor o instrumental utilizado por ela para interpretar a realidade e promover ações em Saúde do Trabalhador.

Tendo estabelecido, desde a fundação do Comitê, um objetivo comum, a defesa da saúde e da vida dos trabalhadores, este tem sido o eixo que estrutura as relações intersetoriais.

A educação ocorrida pela análise e discussão de casos individuais pelo Comitê, quanto, principalmente, a análise e discussão acerca dos casos coletivos, isto é dos padrões identificados nas causas, ramos de atividade, profissão do trabalhador, entre outros, têm permitido elaborar estratégias de atuação conjunta e abrangente destes problemas coletivos.

O Comitê está discutindo atualmente quatro áreas de atuação em projetos coletivos: 1) Ramo da Construção Civil; 2) Ramo da Madeira/Mobiliário; 3) Óbitos típicos de trânsito e 4) Óbitos de vigilantes. Trata-se agora de avançar das proposições de atuação pontual e sobre casos individuais para outra, mais abrangente e sobre casos coletivos, sem abandonar esta primeira (fundante do Comitê).

#### **4.4 A RELAÇÃO EDUCATIVA COM OS TRABALHADORES**

As ações educativas junto aos trabalhadores são uma lacuna importante dentre as ações deste fórum, não foram realizadas, à exceção do processo estabelecido pela SMS-Curitiba junto ao Sindicato dos Trabalhadores da Construção Civil, na elaboração de Roteiro de Inspeção e de Instrumento de Denúncia de Irregularidades do Sindicato para a SMS e de treinamento feito pela FETRACONSPAR sobre prevenção de acidentes no Ramo da Madeira, ambos em 2000.

Segundo Laurell e Noriega:

*“os trabalhadores geralmente não dispõem de outros elementos para julgar, do que a própria vivência cotidiana do trabalho, enquanto que os capitalistas estão perfeitamente informados. Uma exigência*

*mínima e inicial, então, seria a socialização do conhecimento existente e um processo contínuo de produção de conhecimentos novos sobre esta questão [dos acidentes, doenças e cargas a que estão sujeitos]. Em outras palavras, o direito de saber é um direito básico e irrenunciável e um elemento necessário, até para se iniciar a formulação de uma estratégia capaz de colocar a Saúde dos Trabalhadores como tema de discussão e cenário de luta*“(LAURELL & NORIEGA, 1989).

Para estabelecer uma comunicação básica com os trabalhadores, durante a investigação dos eventos sentinela, o Comitê desenvolveu um folder, que apresenta o Comitê e procura definir as causas mediatas e imediatas dos óbitos e amputações, os principais direitos dos trabalhadores e onde recorrer para ter estes direitos atendidos.

O Comitê identifica esta área de comunicação e capacitação dos trabalhadores, e não só junto aos sindicatos, como um nó importante que precisa ser desatado para que o processo educativo do Comitê realmente exista e possa contribuir na melhoria das condições de saúde dos trabalhadores.

#### **4.5 O PROCESSO EDUCATIVO DO COMITÊ**

O processo de educação técnica e política teve função estruturante desde a fundação do Comitê, através das oficinas e seminários junto aos técnicos das vigilâncias dos municípios, dos trabalhadores, conselheiros e gestores do SUS.

A criação e capacitação das Instâncias de Coordenação do SUS no Comitê, as Coordenações Estadual do Paraná e Municipal de Curitiba de Saúde do Trabalhador e o CEMAST, assim como as reuniões, debates e avaliações interinstitucionais do Comitê, vem elevando o nível da elaboração do Comitê. Esta elaboração tem passado do “senso comum” do olhar e atribuições de cada instituição, voltadas para ações pontuais, em casos individuais, para um outro, mais elaborado, que identifica a exploração de classes e discute e propõe

ações coletivas, contribuindo assim com a função de sujeito coletivo, de “intelectual coletivo”, do Comitê, com posição na luta de classes na defesa da saúde e vida dos trabalhadores.

O Comitê tem procurado se constituir como uma instância de elaboração de conhecimentos no campo da Saúde do Trabalhador, uma vez que as “bitolas” das demandas institucionais tradicionais não servem à este fim e a ausência de teorização, conforme Laurell & Noriega (1989), torna a experiência vivida em algo pessoal, partilhada por outras pessoas, mas não passa a ser memória definitiva de classe, que possa ser recuperada nos momentos em que a correlação de forças permita avançar as posições dos trabalhadores.

O entendimento da exploração do trabalho como determinante da ocorrência dos óbitos e amputações relacionados ao trabalho fica explícita na discussão sobre as causas imediatas e mediatas dos acidentes do trabalho, descritas no folder que o Comitê preparou para que as vigilâncias distribuam aos trabalhadores na investigação dos eventos sentinela:

a) causas mediatas: *“A tecnologia tem servido para gerar lucros crescentes e, ao invés de promover a saúde dos trabalhadores, tem causado a intensificação dos processos de trabalho, o aumento do sofrimento e da morte” (COMITÊ, 2001);*

b) causas imediatas: *“As amputações têm como causas imediatas a falta de proteção eficiente e a manutenção de máquinas em movimento, principalmente nas madeiras, metalúrgicas e indústrias alimentícias” (COMITÊ, 2001).*

## Capítulo 5 : CONCLUSÕES

*“Que poderia caracterizar melhor o sistema capitalista de produção do que a necessidade de o estado impor-lhe coercitivamente a adoção das mais simples precauções de limpeza e de higiene?” (MARX, 1988, p552).*

O capital explora o trabalho e tira dos trabalhadores a força de que precisa para produzir mercadorias e se reproduzir. Os trabalhadores, não tendo outra forma de se

manterem vivos, precisam, sob o capitalismo, vender sua força de trabalho e proporcionar o lucro do capital.

Esta relação de exploração é determinada em contrato, que pressupõe indivíduos singulares e livres para negociar. A idéia do respeito ao contrato constitui a legitimação ideológica da conservação da dominação de classe.

O Estado gerencia os contratos sociais e, no capitalismo, tem a função precípua de assegurar e conservar a dominação de classe, uma vez que o poder político é subalterno ao econômico.

O Estado tem o papel de governar para todos, para cumprir a sua função precípua de manter vivos seus componentes. Manter-se com saúde é uma necessidade derivada desta primeira que os trabalhadores têm. O Estado burguês, entretanto, por ser submisso ao poder econômico, é absolutamente contraditório quando, ao mesmo tempo, deve assegurar a exploração do Capital sobre o Trabalho e garantir a saúde dos trabalhadores.

Esta contradição se resolve, temporariamente, a favor do capital, pois, como a classe dominante é capitalista, os objetivos desta, se sobrepõem aos da classe dominada, a trabalhadora. Assim, o propósito do capitalismo, que é auferir cada vez maiores lucros, só pode causar o desgaste cada vez mais intenso do trabalhador, reificado em mercadoria pelo e para o capital.

Esta exploração do trabalho pelo capital é histórica e, portanto, temporária e sofre as limitações da legislação, das associações de trabalhadores e dos movimentos sociais. Estes limites variam conforme a correlação de forças existente na luta de classes.

Não basta aos trabalhadores terem conquistado direitos, como os constantes na Constituição Federal do Brasil de 1988, é preciso haver mobilização, pressionando o Estado para que este cumpra uma parte da sua responsabilidade legal, uma vez que o capital, e o Estado, só respeitam o trabalhador quando são compelidos a fazê-lo.

O Comitê de Investigação de Óbitos e Amputações Causados pelo Trabalho no Paraná se inscreve neste cenário, como uma instância técnica e política, para fazer valer alguns direitos dos trabalhadores. Utilizando os conceitos da Saúde do Trabalhador, em detrimento dos da Saúde Ocupacional, o Comitê tem atuado pedagogicamente junto a algumas instâncias do movimento sindical, ao setores do Estado com a função de cobrar ações do próprio Estado (Ministério Público), e ao setor do Estado com a função de preservar a vida e a saúde dos trabalhadores (SUS) gerando uma demanda de investigações e ações do SUS no Estado do Paraná, de forma organizada e contínua no tempo.

Há vários limitantes para a atuação do Comitê: os eventos sentinela adotados são apenas dois (óbitos e amputações) enquanto os acidentes graves causados pelo trabalho são vários; as investigações demoram a ocorrer e, por vezes, tem qualidade duvidosa; setores importantes do Estado, como a DRT e o INSS, se retiraram do Comitê; as ações individuais têm grande predominância sobre as coletivas; a divulgação de informações e a comunicação com os trabalhadores é precária. Há também a dificuldade de conciliação entre a estratégia (atuação coletiva, em problemas de maior abrangência) e a tática (situada na investigação e tomadas de medidas de casos individuais de óbitos e amputações).

Apesar dos vários limites, que o Comitê vem se empenhando para resolver, e vai precisar de muito esforço ainda, este logrou fazer cumprir um mínimo da lei, no que tange à responsabilidade do Estado em Saúde do Trabalhador e também fez o capital responder sobre a sua responsabilidade na ocorrência dos “acidentes” investigados. Assim, o Comitê funciona como mais um instrumento dos trabalhadores na luta de classes, por organizar os dados, gerar demandas, com base epidemiológica, e cobrar ações, do estado e do capital, de investigação das causas dos acidentes graves e de correção das situações geradoras imediatas destes acidentes.

O Comitê criou referência e respaldo político para atuação das várias instituições que o compõem e para aquelas que atuam no campo da Saúde do Trabalhador. O Principal resultado desta referência foi ter assentado, juntamente com a atuação da SESA-PR (nas ações de educação técnica e política dos anos de 1997 e 1998), as bases para uma política estadual de Saúde do Trabalhador no SUS do Paraná: quase metade dos municípios do Estado, em torno de 200 municípios, passaram a atuar nos ambientes de trabalho, no mínimo, investigando óbitos e amputações causados pelo trabalho e tomando as medidas necessárias para eliminar suas causas imediatas. Antes da existência do Comitê, apenas 3 ou 4 municípios atuavam nesta área e, ainda assim, esporádica e pontualmente.

A necessidade da existência e a importância, reiterada inúmeras vezes neste texto, que o Comitê tem, no sentido de fazer com que o Estado realize o “contrato social”, preservando a vida e a saúde dos trabalhadores, associadas às informações geradas por este, sobre a situação da saúde dos trabalhadores no Paraná, constituem uma eloquente denúncia do não cumprimento destas responsabilidades do Estado.

Em tempos neoliberais - de precarização do trabalho, desemprego estrutural e quebra de contratos pelo Estado e pelo capital – o Comitê constitui uma experiência de construção de uma instância e de um processo que articula instituições do Estado e dos trabalhadores, faz

cumprir alguns contratos e evidencia as contradições e contribui na elaboração de um saber proletário no campo da Saúde do Trabalhador.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

ADVT (Associação de Defesa das Vítimas do Trabalho). Estatuto Social. Curitiba. 2001

ALBUQUERQUE, Guilherme S. C. & RAMOS, Armenes J. Jr. “Saúde do Trabalhador – Construindo uma Estratégia de Intervenção”, in DUCCI, Luciano. Curitiba: a Saúde de Braços Abertos. Rio de Janeiro: CEBES, 2001

ANTUNES, Ricardo. Folha de São Paulo, 25 de outubro de 1988.

\_\_\_\_\_. A rebeldia do trabalho: o confronto operário no ABC paulista: as greves de 1979/80. 2ª edição. Campinas, SP: Editora da Unicamp, 1992.

AROUCA, Antonio S. S. O dilema Preventivista: Contribuição para a Compreensão e Crítica da medicina Preventiva. Tese (Doutorado em Medicina) DMPS, FCM, UNICAMP, 1975.[mimeo]

BERLINGUER, Giovani. Medicina e Política. Tradução Pe. Bruno Giuliani. São Paulo: CEBES-HUCITEC, 1978.

BRAVERMAN, Harry. Trabalho e Capital Monopolista: A Degradação do Trabalho no Século XX. Zahar Editora, Rio de Janeiro, 1977.

COGGIOLA, Osvaldo & KATZ, Claudio. Neoliberalismo ou Crise do Capital? 2ª edição. São Paulo: Xamã VM Editora e Gráfica, 1996

COHN, Amélia. Acidentes de Trabalho: uma forma de violência. São Paulo. CEDEC/BRASILIANSE, 1985

COHN, Amélia & MARSIGLIA, Regina. “Processo e Organização do Trabalho”, in ROCHA, Lys E, Isto É Trabalho de Gente? : Vida, doença e trabalho no Brasil, São Paulo: Vozes, 1993

COMITÊ de Investigação de Óbitos e Amputações Relacionadas com o Trabalho. Folder. Curitiba, 2001.

CORRÊA, Heleno R. F. Outra Contribuição da Epidemiologia. In Isto é Trabalho de Gente? : Vida, Doença e Trabalho no Brasil. São Paulo: Ed. Vozes, 1996.

CORRÊA, Heleno R. F. et al. The take over on working savings for occupational health: The latin American case under corporation Policy at the 2000's. UNICAMP, 2000 [mimeo]

DEJOURS, Christophe. A Banalização da Injustiça Social. 2ª Edição. Rio de Janeiro: Editora FGV, 1998.

\_\_\_\_\_. A violência invisível. Revista Caros Amigos, p. 16-17, maio de 1999.

ENGELS, Friedrich. A Situação da Classe Trabalhadora na Inglaterra. 2ª edição. São Paulo: Global Editora e Distribuidora, 1988.

ESPAÇO MARX, de Curitiba. Divisão do Trabalho, Propriedade e Classes Sociais em Marx. Relato de debate ocorrido em setembro de 2001. [mimeo]

FÓPS (Fórum Popular de Saúde de Curitiba). Texto da Convocatória para a formação da ADVT. Curitiba, 2001.



- GARCIA, Juan César. La categoria "trabajo" en la medicina. Cuadernos Médico Sociales, v. 23, p. 5-19, 1983.
- GRAMSCI, Antonio. Cadernos do Cárcere nº 11 e nº 12. Tradução de Paolo Nosella. Trabalho Apresentado na XII Reunião anual da AMPED- Faculdade de Educação / USP, 1989.
- KATZ, Claudio. "Origem e Função do Controle Patronal", in R. Braga et alli, Novas Tecnologias, São Paulo, Xamã, 1994.
- KATZ, Claudio. "Tecnologia e Capitalismo na Década de 90", in COGGIOLA & KATZ, Neoliberalismo ou Crise do Capital? 2ª edição. São Paulo: Xamã VM Editora e Gráfica, 1996.
- KURZ, Robert. O Colapso da Modernização: da derrocada do socialismo de caserna à crise da economia mundial. 3.ed. São Paulo : paz e Terra, 1993.
- LACAZ, Francisco A C. Saúde do Trabalhador: Um Estudo Sobre as Formações Discursivas da Academia, dos Serviços e do Movimento Sindical. Tese (Doutorado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas, 1996. [mimeo]
- \_\_\_\_\_. Saúde dos trabalhadores: cenários e desafios. Cadernos de Saúde Pública, 13(supl.2):7-19, 1997.
- \_\_\_\_\_. Saúde do Trabalhador: cenários e perspectivas numa conjuntura privatista., 1999 [mimeo].
- \_\_\_\_\_. Qualidade de vida no trabalho e saúde/doença. Ciência & Saúde Coletiva, 5(1):151-61, 2000.
- LAURELL, A.C. Trabajo y salud: estado del conocimiento. In FRANCO, S ; NUNES, E. ; BREILH, J. et al. (orgs.) Debates em Medicina Social. Quito: OPAS-ALAMES, 1991
- LAURELL, A.C. ; NORIEGA, M. Processo de Produção e Saúde: Trabalho e desgaste operário. São Paulo: Hucitec, 1989
- LOSURDO, Domenico. Hegel, Marx e a Tradição Liberal: Liberdade, Igualdade, Estado. São Paulo, Unesp, 1988.
- MARX, Karl. Conseqüências Sociais do Avanço Tecnológico, São Paulo, Edições Populares, 1980.
- MARX, Karl. A Ideologia Alemã. São Paulo: Martins Fontes, 1980b.
- MARX, Karl. Elementos Fundamentales para Critica de la Economia Politica (Grundrisse) 1858. V1, 14. Ed. México: Siglo Veintiuno. 1986
- MARX, Karl. O Capital: Crítica da Economia Política. Livro I : Processo de Produção do Capital. 12ª edição. Rio de Janeiro : Editora Bertrand Brasil, 1988.

- MARX, Karl. O Capital: Crítica da Economia Política. Livro II : Processo de Produção do Capital. 12ª edição. Rio de Janeiro : Editora Bertrand Brasil, 1988
- MARX, Karl. Questionário de 1880. In Reviste Socialiste. Paris, 1880
- MARX, Karl & ENGELS, Friedrich. Manifesto do Partido Comunista. 6 Ed. São Paulo : Global, 1987
- MENDES, René (org.). Medicina do Trabalho-Doenças Profissionais. São Paulo: Sarvier, 1980
- MENDES, René. Doutrina e Prática da Integração da Saúde Ocupacional no Setor Saúde: contribuição para a definição de uma política. Tese. Departamento de Saúde Ambiental, FSP, USP, 1986.[mimeo]
- MENDES, René & DIAS, Elisabeth Costa Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. Revista de Saúde Pública, 25(3): 341-9, 1991.
- MENDES, René & DIAS, Elisabeth Costa. Saúde dos Trabalhadores. In ROUQUAYROL, M. Zélia. Epidemiologia & Saúde. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999 P 431-456
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Caderno de Saúde do Trabalhador – Legislação. Série E, nº 5 , Brasília, 2001
- MORAES, Ilara Hammerli Sozzi. Informações em Saúde: Da Prática Fragmentada ao Exercício da Cidadania. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO,1994
- MORAES, Ilara Hammerli Sozzi, SANTOS, Sílvia R. Fontoura Rangel. Informações em Saúde: os desafios continuam. Ciência & Saúde Coletiva / ABRASCO. Rio de Janeiro, 1998 v. III, n 1, p.37-51.
- MS- Ministério da Saúde. Estudo realizado pelo MS e apresentado em reunião com coordenadores de programas estaduais e municipais de Saúde do Trabalhador. Brasília, 2000.
- MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO. Programa de Transformação do MTE.
- NUNES, Edson. "Carências Urbanas, Reivindicações Sociais e Valores Democráticos" In: Sua Nova - Revista da Cultura Política. São Paulo, n.17, p. 67-91, junho/89
- NUNES, Everardo D. & ROCHA, Lys E. A Intervenção do Estado nas Relações de Trabalho: 1930-1945. In Isto é Trabalho de Gente? : Vida, Doença e Trabalho no Brasil. São Paulo: Ed. Vozes, 1996.
- OIT – Organização Internacional do Trabalho. Conferência Internacional do Trabalho. O Mundo do Trabalho em Evolução: Problemas Principais. Genebra, 1986.
- OLIVEIRA, Francisco; Stedile, João Pedro; Genoino, José. Classes Sociais em Mudança e a Luta pelo Socialismo. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2000.

- PINHEIRO, Tarcísio M M. Vigilância em Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde: A Vigilância do Conflito e o Conflito da Vigilância. Tese (Doutorado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas, 1996. [mimeo]
- POCHMANN, Márcio. Por que o desemprego está crescendo tão rápido no Brasil? Folha de São Paulo, São Paulo, 1 de maio de 1998. O Colapso do Trabalho, suplemento especial. Entrevista.
- \_\_\_\_\_. O trabalho sob fogo cruzado: exclusão, desemprego e precarização no final do século. São Paulo: Editora Contexto, 1999.
- \_\_\_\_\_. O emprego na globalização: a nova divisão internacional do trabalho e os caminhos que o Brasil escolheu. São Paulo: Boitempo Editorial, 2001.
- POSSAS, Cristina A. Saúde e Trabalho: a crise da previdência social. Rio de Janeiro: GRAAL, 1981.
- PROTEÇÃO. Anuário Brasileiro de Proteção. Editora Novo Hamburgo, RS: Editora MPS, 1999.
- PROTEÇÃO. Anuário Brasileiro de Proteção. Editora Novo Hamburgo, RS: Editora MPS, 2000.
- REBOUÇAS, Antonio José de Arruda et al. Insalubridade - Morte lenta no trabalho. São Paulo: Diesat/Oboré, 1989.
- REZENDE, June M.P. Saúde. Saúde esta não pode faltar ao trabalho. In CAMPOS, César Rodrigues et al. Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte. Reescrevendo o Público. São Paulo: Xamã, 1998.
- REZENDE, June M. P.; RAMOS Jr., Armenes; ALBUQUERQUE, Guilherme C.; ARAÚJO, Cristina R. Comitê de Investigação de Óbitos e Amputações Relacionados ao Trabalho do estado do Paraná-Propondo um Novo Uso da Informação e Nova Estratégia de Vigilância. Trabalho apresentado no Congresso da ABRASCO, Salvador, 2000.
- RIBEIRO, Herval Pina & Lacaz, Francisco A. de Castro (orgs.) De que adoecem e morrem os trabalhadores. São Paulo: Diesat/Imesp, 1985.
- ROCHA, Lys E & NUNES, Everardo D. Os Primórdios da Industrialização e a Reação dos Trabalhadores:Pré-30. In ROCHA, Lys E. Isto é Trabalho de Gente? : Vida, Doença e Trabalho no Brasil. São Paulo: Ed. Vozes, 1996.
- ROCHA, Lys E.. Tenossinovite como Doença do Trabalho no Brasil; a atuação dos trabalhadores. Dissertação (Mestrado em Medicina Preventiva) DMP, FM, USP, São Paulo, 1989. [mimeo]
- ROCHA, Lys E & NUNES, Everardo D. O Milagre Econômico e o Ressurgimento do Movimento Social: 1964-1980. In Isto é Trabalho de Gente? : Vida, Doença e Trabalho no Brasil. São Paulo: Ed. Vozes, 1996b.
- SECCO, Lincoln. “Fim da sociedade do trabalho ou fim do capitalismo?”. In COGGIOLA & KATZ, O. Trabalho e Classe Operária na Contemporaneidade. Estudos, São Paulo, 1994, p 113.

WÜNSCH Filho, Vitor Reestruturação produtiva e acidentes de trabalho no Brasil: estrutura e tendências. Cadernos de Saúde Pública 15(1): ?, 1999.

## **ANEXOS**

## ANEXO 1

### Questionário de 1880

Nenhum governo (monárquico ou republicano-burguês) ousou fazer uma investigação séria a respeito da situação da classe operária na França. Mas, por outro lado, muitas pesquisas já foram feitas a respeito das Políticas, das crises agrárias, financeiras, industriais,

comerciais ou A infâmia da exploração capitalista evidenciada pelas investigações oficiais do governo inglês, e as conseqüências legais dessas revelações (limitação da jornada legal de trabalho há dez horas, leis sobre o trabalho da mulher e da criança, etc.) só serviram para aumentar o temor da burguesia francesa aos perigos que poderiam ser acarretados por uma indagação sistemática imparcial.

Com os escassos meios de que dispomos, iniciaremos por nossa conta esta indagação, acreditando que, com isso, possamos talvez animar o governo republicano da França a seguir o exemplo do governo monárquico inglês.

Confiemos contar, para isso, com a ajuda de todos os operários da cidade e do campo, conscientes de que apenas eles podem descrever, com todo conhecimento de causa, os males que suportam, e de que só eles, e não os salvadores providenciais, podem energicamente remediar as misérias sociais que sofrem. E contamos, também, com os socialistas de todas as escolas, que, aspirando a uma reforma social, devem, necessariamente, desejar adquirir o conhecimento mais exato e fiel possível a respeito das condições em que vive e trabalha a classe operária, a classe à qual pertence o porvir.

Estes cadernos do trabalho constituem o primeiro passo que a democracia socialista tem que dar para abrir caminho à renovação social.

As cem perguntas contidas no questionário são da mais alta importância, as respostas deverão conter o número de ordem da pergunta correspondente. Não é necessário responder a todas as perguntas, mas recomendamos que as respostas sejam as mais amplas e detalhadas possíveis. Não se publicará o nome da operária ou operário que enviar a resposta, a não ser que haja expressa autorização para isso; entretanto, cada remetente deverá indicar seu nome e endereço, de modo a permitir, se for o caso, entrar em contato com ele.

As respostas devem ser dirigidas ao administrador da *Resiste Socialiste*, M. Ucluse, 28, rue Royale, Saint-Cloud, Paris.

As respostas serão classificadas e servirão de base para uma série de monografias especiais, que serão publicadas na *Resiste Socialiste*, e, mais tarde, reunidas em um volume.

## I

- 1) Qual é o seu ofício?
- 2) A fábrica em que você trabalha pertence a um capitalista ou a uma sociedade anônima? De os nomes dos patrões capitalistas ou dos diretores da empresa.
- 3) Declare o número de trabalhadores da empresa.

- 4) Declare a idade e o sexo destes trabalhadores.
- 5) Qual a idade mínima em que as crianças (meninos ou meninas) começam a trabalhar?
- 6) Qual o número de fiscais ou outros empregados na fábrica que não são assalariados comuns?
- 7) Há aprendizes? Quantos?
- 8) Existem, além dos operários empregados regular e usualmente, outros que são empregados de tempos em tempos?
- 9) A indústria do seu empregador trabalha exclusiva ou principalmente para o mercado local, para o mercado nacional ou para a exportação?
- 10) A fábrica em que você trabalha está no campo ou na cidade? Indicar o lugar em que ela está situada.
- 11) Se a fábrica funciona no campo, diga se seu trabalho industrial lhe basta para cobrir suas necessidades ou se o combina com algum trabalho agrícola.
- 12) Seu trabalho é feito à mão ou com auxílio de máquinas?
- 13) Dar detalhes a respeito de como é a divisão do trabalho em sua indústria.
- 14) Emprega-se o vapor como força motriz?
- 15) Indique o número de edifícios ou locais em que funcionam os diferentes ramos da indústria. Descreva a especialidade em que você trabalha, referindo-se não apenas à parte técnica como também à fadiga muscular e nervosa que o trabalho lhe impõe, e de como repercute, em geral, sobre a saúde do operário.
- 16) Descreva as condições higiênicas da fábrica: tamanho das instalações e lugar destinado a cada operário; ventilação, temperatura, , caiação das paredes; condições em que se encontram os sanitários; limpeza em geral; ruído das máquinas, pó do metal, umidade, etc.
- 17) O município ou o governo vigiam as condições de higiene da fábrica?
- 18) Em sua indústria há emanações nocivas que provoquem enfermidades específicas entre os operários?
- 19) A fábrica está abarrotada de máquinas?
- 20) A força motriz, os mecanismos de transmissão e as máquinas estão protegidas para a prevenção de qualquer acidente?
- 21) Enumerar os acidentes de trabalho ocorridos durante o tempo em que você trabalha na fábrica.
- 22) Se o lugar de trabalho for uma mina, enumerar as medidas preventivas adotadas pelo patrão para assegurar a ventilação e impedir as explosões e outros acidentes perigosos.

- 23) Se trabalha em uma fábrica de produtos químicos, em altos-fornos, em metalúrgica ou qualquer outra indústria em que haja perigos especiais, enumerar as medidas de precaução adotadas pelo patrão.
- 24) Que tipo de combustível se emprega na fábrica (gás, petróleo, etc.)?
- 25) Em caso de incêndio, dispõe a fábrica de saídas em quantidade suficiente?
- 26) Em caso de acidente, o patrão está legalmente obrigado a indenizar o operário ou a sua família?
- 27) Se não é obrigado, ele já tem pago indenização àqueles que sofreram acidentes enquanto trabalhavam para enriquece-lo?
- 28) Existe algum serviço médico na fábrica?
- 29) Se você trabalha em casa, descreva as condições da sua sala de trabalho. Trabalha somente com ferramentas ou emprega pequenas máquinas? Você tem como auxiliares seus filhos ou outras pessoas (adultos ou menores, homens ou mulheres)? Trabalha para clientes particulares ou para uma empresa? Você trata diretamente com estes ou através de um intermediário?

## II

- 30) Indicar as horas de trabalho por dia e os dias de trabalho na semana.
- 31) Indicar os dias de festa durante o ano.
- 32) Pausas que existem durante a jornada de trabalho.
- 33) Os trabalhadores de sua fábrica comem a intervalos determinados ou irregularmente? Comem dentro ou fora da fábrica?
- 34) Trabalha-se durante as horas das refeições?
- 35) Se é utilizada a força do vapor, quando se abre o vapor e quando se fecha?
- 36) Trabalha-se à noite?
- 37) Indicar as horas em que trabalham os meninos e os menores de 16 anos.
- 38) Dizer se há turnos de meninos e menores, que se substituam mutuamente durante as horas de trabalho.
- 39) O governo ou o município encarrega-se de pôr em prática as leis vigentes sobre o trabalho infantil? E submetem-se a elas os patrões?
- 40) Existem escolas para os meninos ou menores que trabalham nesse ofício? Se existem, a que horas funcionam? Quem a dirige? Que se ensina nelas?
- 41) Se há trabalho diurno e noturno, que sistema de turnos se aplica?



- 42) Qual é o número habitual de horas extraordinárias durante os períodos de maior atividade industrial?
- 43) As máquinas são limpas por operários especialmente designados para isto ou são gratuitamente limpas pelos operários que trabalham com elas durante o dia?
- 44) Quais são as normas e penalidades por atraso? A que horas começa o dia de trabalho, e a que horas recomeça após as refeições?
- 45) Quanto tempo você gasta na ida para o trabalho e no regresso à casa?

### III

- 46) Que espécie de contrato você tem com seu patrão? Você é contratado por dia, semana, mês, etc.
- 47) Quais são as condições estabelecidas para dar ou receber aviso prévio?
- 48) No caso de o contrato ser rompido e o empregador estar errado, a que penalidade ele deve se submeter?
- 49) E quando o operário está errado, que penalidade deve sofrer?
- 50) Se existem aprendizes, em que condições são eles empregados?
- 51) Trabalham de modo permanente ou com interrupção?
- 52) No seu ramo de atividade, o trabalho é sazonal ou é regularmente distribuído no transcorrer de todo o ano? Se o seu trabalho é sazonal, como é que você vive nos períodos em que não há trabalho?
- 53) Você recebe por tempo ou por tarefa?
- 54) Se você é pago à base de tempo, seu pagamento é por hora ou por dia?
- 55) Paga-se salário adicional pelo trabalho extra? Em caso afirmativo, qual o salário?
- 56) Se o salário que você cobra é por tarefa, como se regula? Se você trabalha num lugar em que o trabalho executado se mede por quantidade ou por peso, como acontece nas minas, diga se o patrão ou seus representantes recorrem a truques para escamotear-lhe uma parte de seus ganhos.
- 57) Se você é pago por tarefa, usa-se o pretexto da qualidade do artigo para enganá-lo, reduzindo seu salário?
- 58) Quer seja por tarefa ou por tempo, quando o trabalho é pago? Em outras palavras, durante quanto tempo você credita a seu patrão antes de receber o preço do trabalho efetuado? Você é pago após um mês? Uma semana? Etc.

- 59) Você observou que, ao lhe pagarem com atraso, obrigam-no, freqüentemente, a recorrer à casa de penhores na qual você deve depositar uma taxa de juros alta e despojar-se de coisas que lhe são necessárias? Você observou que isso o obriga a endividar-se junto aos comerciantes e a tornar-se devedor deles? Conhece casos em que operários perderam seus salários por causa da falência ou da bancarrota de seus patrões?
- 60) Os salários são pagos diretamente pelo patrão ou há intermediários no pagamento (agentes comerciais etc.)?
- 61) Se os salários são pagos por meio de intermediários, quais são as cláusulas do contrato?
- 62) Qual é a quantia que você recebe em dinheiro, por dia e por semana?
- 63) Que salários recebem as mulheres e as crianças que trabalham com você na mesma fábrica?
- 64) Qual foi, em sua fábrica, o mais alto salário por dia, durante o mês anterior?
- 65) Qual foi o mais alto salário por tarefa, durante o mês anterior?
- 66) Que salário você recebeu no mesmo período, e, caso tenha família, quanto ganharam sua mulher e seus filhos?
- 67) Os salários são pagos totalmente em dinheiro ou de outro modo.
- 68) Caso o patrão lhe alugue a casa em que vive, em que condições é feito esse aluguel? Ele desconta o aluguel do salário?
- 69) Quais são os preços dos artigos de primeira necessidade, tais como: (a) aluguel da moradia, indicando as condições do contrato; número de cômodos e de pessoas que os ocupam; gastos com reparos e seguros; compra e manutenção dos moveis, calefação, iluminação. Água, etc; (b) alimentos: pão, carne, legumes, batatas, etc., laticínios, peixe, manteiga, azeite, banha, açúcar, sal, temperos, café, cerveja, sidra, vinho. Fumo, etc; (c) vestimentas para pais e filhos. Roupas de cama, higiene pessoal, banhos, sabão, etc; (d) despesas várias, correio. Taxas de empréstimo e agiotagem, pagamento da escola para os filhos, revistas, jornais, contribuições a sociedades e caixas para greves, sindicatos, etc; (e) em seu caso pessoal, gastos relacionados com o exercício de seu trabalho ou profissão; impostos e taxas.
- 70) Procure estabelecer o montante semanal e anual de ganhos e gastos seus e de sua família.
- 71) Em sua experiência pessoal, já observou uma alta maior de preços dos artigos de primeira necessidade, moradia, comida, etc., que dos salários?

- 72) Declare as flutuações dos níveis salariais que conhece.
- 73) Indique as baixas sofridas pelos salários nos períodos de retração ou de crises industriais.
- 74) Indique o aumento dos salários nos períodos de chamada prosperidade.
- 75) Fale das interrupções que intervieram no trabalho após mudanças de métodos ou crises particulares e gerais. Fale de seus próprios períodos de desemprego involuntário.
- 76) Estabeleça um paralelo entre o preço dos artigos que você produz ou dos serviços que você presta e o preço de seu trabalho.
- 77) Você conhece casos em que operários perderam o emprego porque foram introduzidas máquinas novas ou aperfeiçoamentos de um outro tipo?
- 78) O desenvolvimento do maquinismo e o aumento da produtividade do trabalho aumentaram ou diminuíram a intensidade e a duração do trabalho?
- 79) Sabe de algum caso de elevação dos salários em consequência dos progressos, da produção?
- 80) Você já conheceu alguma vez simples operários que tenham saído do trabalho aos cinquenta anos e que possam viver do que ganharam como assalariados?
- 81) Em sua profissão, durante quantos anos um operário de saúde média pode continuar a trabalhar?

#### IV

- 82) Existem, em seu ofício, associações operárias? Quem as *dirige*? Envie-nos os seus estatutos e regulamentos.
- 83) Quantas greves foram declaradas em sua indústria, desde que você nela trabalha?
- 84) Quanto duraram essas greves?
- 85) Foram greves parciais ou gerais?
- 86) Que finalidade tinham essas greves: aumento de salários ou eram uma luta contra diminuições salariais? Discutia-se nelas a duração da jornada de trabalho ou referiam-se a outras causas?
- 87) Quais foram seus resultados?
- 88) Como funcionam os tribunais do trabalho?
- 89) Seu grupo profissional apoiou greves de operários pertencentes a outras categorias?

- 90) Quais são os regulamentos e as penas estabelecidos pelo patrão de sua empresa para administrar seus operários?
- 91) Houve coalizões de empregadores que procuram impor reduções de salários, aumentos do trabalho, para se oporem às greves, ou, de modo mais geral, para imporem sua vontade?
- 92) Você conhece casos em que o governo tenha posto a força pública a serviço dos patrões contra os operários?
- 93) Conhece casos em que o governo tenha intervindo para proteger os operários contra os abusos dos patrões e suas coalizões ilegais?
- 94) O governo impõe, contra os patrões, a execução das leis vigentes sobre o trabalho? Os inspetores do governo cumprem os seus deveres?
- 95) Existem, em sua oficina ou em seu ofício, sociedades de socorro mútuo, para casos de acidentes, enfermidade, morte, incapacidade temporal para o trabalho, viuvez, etc. Em caso positivo, envie-nos seus estatutos e regulamentos.
- 96) O ingresso nessas sociedades é voluntário ou obrigatório? Os fundos dessas sociedades estão sob o controle exclusivo dos operários?
- 97) Se se trata de cotas obrigatórias, postas sob o controle do patrão, diga se são deduzidas do salário. Os patrões pagam juros pelas somas retidas? Essas quantias são devolvidas aos operários em caso de expulsão ou de dispensa? Você conhece casos em que os operários se tenham beneficiado dos chamados fundos de aposentadoria controlados pelos patrões, e cujo capital se tenha formado por conta. Deduzidas dos salários?
- 98) Existem, em seu ofício, sociedades cooperativas? Como são dirigidas essas sociedades? Empregam operários de fora, como fazem os capitalistas? Envie-nos seus estatutos e regulamentos.
- 99) Na sua profissão existem fábricas nas quais a retribuição dos operários é paga parte com o nome de salário e parte com o de uma pretensa participação nos lucros? Compare as quantias recebidas por estes operários com as quantias recebidas por outros operários, em fábricas onde não existe nenhuma pretensa participação nos lucros. Faça a lista das obrigações às quais estes operários estão submetidos.
- Eles podem fazer greve, etc. É possível para eles serem algo mais do que humildes servidores de seus patrões?
- 100) Quais são, em geral, as condições físicas, intelectuais e morais em que vivem os operários e operárias que trabalham em seu ofício?

101) Observações gerais.

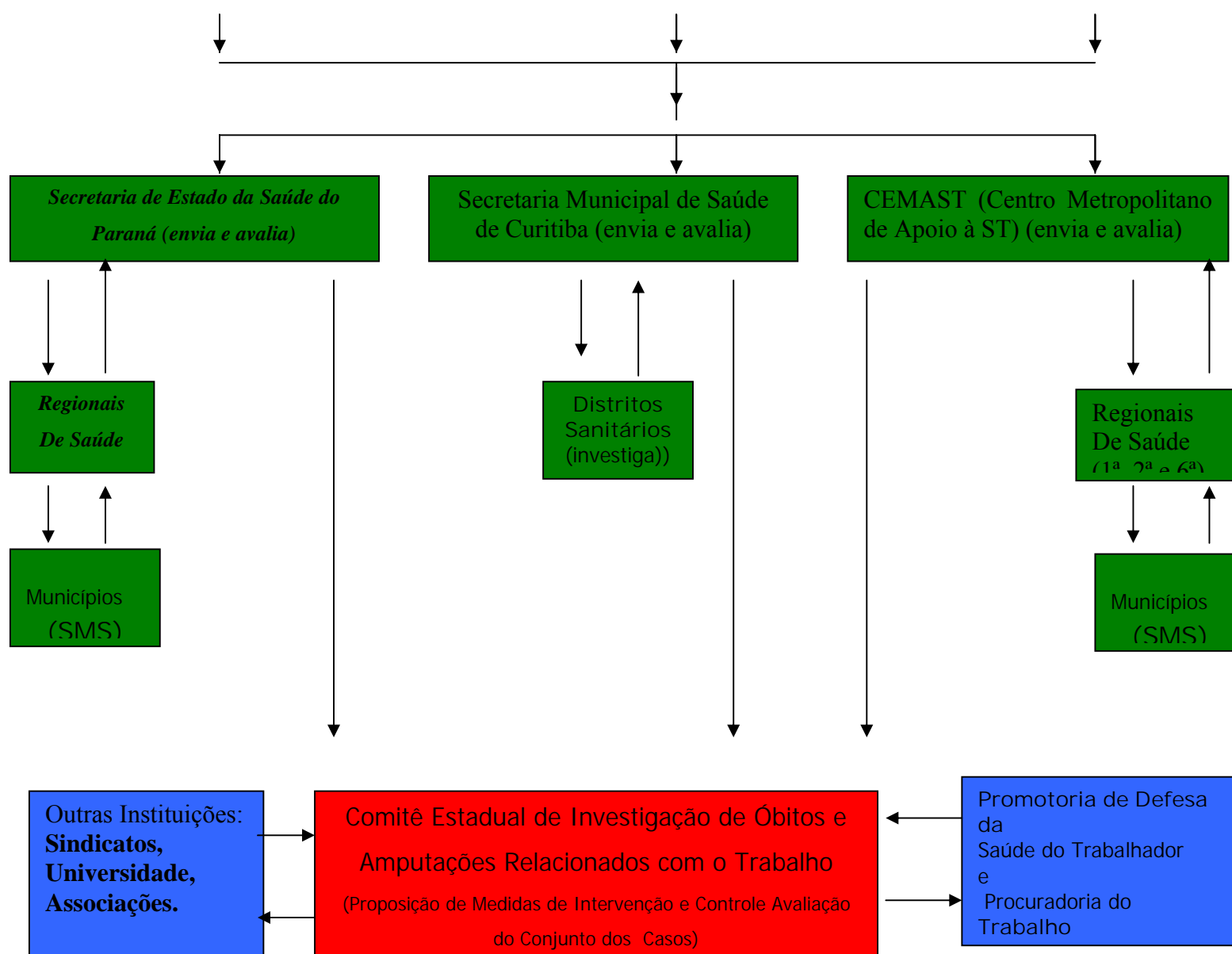
### **Anexo 3**

#### **Fluxograma do Comitê:**

CAT (Comunicação de  
Acidente de Trabalho) preenchidas  
por empresas e serviços de saúde :

D.O. (Declaração de Óbito)  
preenchidas pelos cartórios e IML:  
SUS

OUTRAS FONTES DE  
INFORMAÇÃO (meios de  
comunicação, serviços de



\* todas as Regionais de Saúde, à exceção daquelas relacionadas ao CEMAST ( 1ª, 2ª e 6ª)

**FICHA DE INVESTIGAÇÃO****No. -**

\_\_\_\_\_

**Regional de Saúde:** \_\_\_\_\_ **Município:**☐

Óbito

☐

Amputação

**1 - DADOS DO TRABALHADOR ACIDENTADO:**

Nome: \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

Idade \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_ Fone Residencial/contato: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ocupação: \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_ admissão: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Regime de contrato de trabalho: ( ) CLT ( ) Estatutário

( ) Não registrado em carteira ( ) Autônomo

**2 - DADOS DA EMPRESA QUE ASSINA A CARTEIRA OU PAGA O SALÁRIO:**

Nome: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_ -

\_\_\_\_\_

Fone: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_ CGC: \_\_\_\_\_

Ramo de Atividade: \_\_\_\_\_

Nº de Trabalhadores: Total:  Mulheres:  Homens: Adolescentes (16 a 18 anos):  (14 a 16 anos):  > 14 anos: ☐ É empresa terceirizada? Se sim, anotar:

Nome da Empresa Principal: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Endereço:

\_\_\_\_\_

CGC \_\_\_\_\_ Ramo de atividade  
(CNAE) \_\_\_\_\_

### 3 - DADOS DO ACIDENTE:

Nome da Empresa ou local onde ocorreu o acidente:

\_\_\_\_\_

Setor da empresa onde ocorreu o acidente:

\_\_\_\_\_

Data do acidente: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ Após: \_\_\_\_\_  
h/trabalhadas

Função no momento do acidente

\_\_\_\_\_

Há quanto tempo está nessa função? \_\_\_\_\_ Houve  
treinamento? \_\_\_\_\_

Equipamento ou ferramenta causadora:

\_\_\_\_\_

O acidente ocorreu em situação de manutenção de máquina ou equipamento? ( ) SIM ( ) NÃO

Descrição da lesão e parte (s) do corpo atingida (s):

\_\_\_\_\_

Serviço de saúde onde foi realizado o atendimento: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Médico assistente: \_\_\_\_\_ CRM:

\_\_\_\_\_

\* Foi preenchida CAT? ( ) SIM ( ) NÃO Solicitar cópia da CAT.

Já foram registrados acidentes semelhantes na Empresa? ( ) SIM ( ) NÃO Quantos?

\_\_\_\_\_

Se sim, quais as medidas legais adotadas?

\_\_\_\_\_



**4 - DADOS DA INSPEÇÃO DO LOCAL DE TRABALHO:** Descrição do Acidente (baseado na observação direta do local, na informação do empregado, testemunhas e do representante da empresa) (COMO OCORREU O ACIDENTE, QUANDO OCORREU E PORQUE OCORREU O ACIDENTE) Observar e anotar se: a) a máquina possui algum dispositivo de segurança / equipamento de proteção coletiva - EPC?

b) são fornecidos equipamentos de proteção individual – EPI ? (luvas, capacete, botas,etc.)

---

---

---

---

---

---

---

---

Informações prestadas por: \_\_\_\_\_( )  
trabalhador

\_\_\_\_\_( )  
representante empresa

\_\_\_\_\_( ) testemunha /  
repres. trabalhador

Causas, condições e/ou agentes que concorreram direta ou indiretamente para a ocorrência do acidente: \_\_\_\_\_

1 - Quais foram as causas identificadas pela empresa / trabalhador? \_\_\_\_\_

---

---

---

---

2 - Quais foram as causas identificadas durante a investigação **(OBSERVAÇÃO DO LOCAL)**\_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**5 - ENCAMINHAMENTOS:**

Medidas                      corretivas                      adotadas                      pela                      empresa:

---

---

---

Procedimentos adotados pela Vigilância Sanitária: \*\*    (    ) Infração            (    ) Intimação            (    )  
Interdição

---

---

---

---

---

Investigado por: \_\_\_\_\_ Função: \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

\*\* Anexar cópia do Auto/Termo.

**OBSERVAÇÕES GERAIS SOBRE A INVESTIGAÇÃO:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

<b>Para uso do Comitê:</b>	Data de encaminhamento: ____/____/____
Data de retorno ____/____/____	Enviada para complementação: ____/____/____
Encerramento: SUS ( ) ____/____/____	Assinatura: _____
Delegacia Regional do Trabalho ( )	____/____/____
Promotoria de Defesa da Saúde do Trabalhador ( )	____/____/____
Procuradoria do Trabalho ( )	____/____/____
Sindicatos _____ ( )	____/____/____

(Versão - abril/2000)

**ORIENTAÇÕES PARA O PREENCHIMENTO:**

**NÚMERO DA FICHA DE INVESTIGAÇÃO:** fornecido pelo Departamento de Saúde no Trabalho

**1 – DADOS DO TRABALHADOR ACIDENTADO:** preencher da forma mais completa possível

**2 – DADOS DA EMPRESA QUE ASSINA A CARTEIRA OU PAGA O SALÁRIO:** Devem ser fornecidos pela empresa.

**Ramo de Atividade:** Classificação Nacional de Atividades Econômicas (CNAE). – NR 4

**Grau de Risco:** Conforme Lei nº 6.514, Portaria nº 3.214, NR 4, anexo I– Classif. Nacional de Atividades Econômicas (CNAE)

**Nome da Empresa Principal:** Se empresa terceirizada, anotar o nome da empresa que contratou os serviços da empresa do acidentado.

**3 – DADOS DO ACIDENTE**

**Nome da Empresa ou Local onde ocorreu o acidente:** Nome da empresa ou local onde efetivamente ocorreu o acidente, em caso de serviços terceirizados ou empresas com mais de um local de trabalho.

**Função no momento do acidente:** Anotar a função efetivamente desempenhada pelo trabalhador no momento do acidente.

**Equipamento ou ferramenta causadora:** especificar o objeto causador ou a causa da amputação ou óbito. Por exemplo: serra circular, ou prensa, ou correia transportadora, ou atropelamento, ou queda de nível, etc.

**\* Foi preenchida CAT?** Solicitar cópia da CAT, quando a mesma não for enviada junto com a Ficha de Investigação.

**4 - DADOS DA INSPEÇÃO DO LOCAL DE TRABALHO**

- Responder objetivamente às perguntas: Como ocorreu o acidente? Quando ocorreu o acidente? Porque ocorreu o acidente?

**Causas, condições e/ou agentes que concorreram direta ou indiretamente para a ocorrência do acidente:**

**1-Quais foram as causas, identificadas pela empresa:** Informação fornecida pelo representante da empresa, trabalhador acidentado, testemunhas e/ou representantes dos trabalhadores ( CIPA ou Sindicatos)

**2-Quais foram as causas identificadas durante a investigação:** Causas identificadas pelo técnico da Vigilância, com base na observação do local de trabalho, informações fornecidas pelo acidentado (quando possível) e testemunhas do acidente.

## **5 – MEDIDAS CORRETIVAS**

- **Medidas corretivas adotadas pela empresa:** Informações fornecidas pela empresa e observação feita na inspeção.

- **Procedimentos adotados pela Vigilância Sanitária :** Informar o procedimento adotado pela Vigilância Sanitária, anexar cópia.

- **Observações gerais sobre a investigação :** Preencher, no caso de informações que não se enquadrem em nenhum item anterior ou em complementação a algum item.

- **Para uso do comitê :** Não deve ser preenchido

***OBS: Entregar folder ao trabalhador, seus familiares ou representantes, informando sobre seus direitos.***